CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK II. Nr. 9

15.IX.1937.

„CHIRURG POLSKI"

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgii. Koszty sporządzania klisz ponosi wydawnictwo, autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek pracy. Prace, nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów i t. d., powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku .

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień lecznictwa chirurgicznego i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma redakcja prosi o ograniczanie prac do 5 — 8 str. druku. Prace są grupowane w 3 działach głównych:

1. **Prace oryginalne, referaty i streszczenia zbiorowe.**
2. **Technika operacyjna.**
3. **Oceny i streszczenia.**

Prócz tego pismo zawiera następujące stałe rubryki:

1. **Sprawozdania z posiedzeń i zjazdów,**
2. **Rubryka wiadomości, obchodzących ogół chirurgów (uniwersytety, szpitale, mianowania, stypendia, konkursy i t. p.),**
3. **Skrzynka zapytań i odpowiedzi; nadchodzące zapytania redakcja rozsyła członkom Komitetu redakcyjnego z prośbą o udzielenie odpowiedzi. Zapytania i odpowiedzi są ogłaszane bez podawania nazwiska pytającego.**

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek, polską bibliografię chirurgiczną — spis wszystkich prac z dziedziny chirurgii, jakie się ukazały w polskim piśmiennictwie lekarskim; streszczeń prac autorów polskich pismo nie podaje, jedynie oceny, względnie notatki dyskusyjne.

Regulamin ogłaszania prac w „Chirurgu Polskim":

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*
2. *Do prac należy dołączyć streszczenia, w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim, lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*
3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów, cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*
4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zl., półrocznie 6 zl. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zl., za tekstem 100 zl.; ½ str. przed tekstem 55 zl., za tekstem 50 zl.; ¼ przed tekstem 32 zl., za tekstem 30 zl. Wkładki za każde 500 szt. 50 zl., ogłoszenia stałe o 10% taniej.

CHIRURG POLSKI

ROK II. WARSZAWA, 15 WRZEŚNIA 1937 R. Nr. 9

Ostre zapalenie szpiku kostnego kości promieniowej. Zniszczenie i odnowa trzonu kości promieniowej oraz nawrót ogniska zapalnego w tym samym trzonie [1])

podał

Dr G. Henry.

Kierownik oddziału chirurgii dziecięcej i ortopedii w Szpitalu Brugmann w Brukseli.

W przypadkach wyleczonych zapaleń szpiku kostnego, zwłaszcza tam, gdzie nastąpiło zupełne zagojenie bez przetok, spostrzegaliśmy nieraz rozmaite powikłania odległe, czy to w postaci zniekształceń lub skróceń chorej kończyny, czy zaburzeń jej ruchomości. W opisanym przypadku po dokonaniu rozległego zabiegu na chorej kości spostrzegaliśmy odnowę zniszczonego trzonu.

We wrześniu 1931 zostałem wezwany do 4-letniego dziecka van B., chorego na rozległą ropowicę prawego przedramienia. Podczas badania okazało się, że chodzi o zapalenie szpiku kostnego prawej kości promieniowej. Stan ogólny dziecka ciężki, powłoki blade, dziecko niedokrwione i wyniszczone. Stwierdzono liczne ubytki w uzębieniu oraz powiększenie gruczołów szyjnych i pachwinowych. Miejscowo: przedramię prawe obrzękłe i bolesne, powierzchnia boczno-tylna zaczerwieniona; w środku obrzmienia znajduje się otwór przetoki, z którego wypływa nieco zielonkawej ropy. Obmacywanie wykazuje znaczne zgrubienie trzonu kości promieniowej. Ciepłota 38° (rano).

Nazajutrz dokonano zabiegu operacyjnego: nacięto ropowicę wzdłuż dolnego odcinka k. promieniowej. Okostna kości promieniowej odwarstwiona. Zdłutowano szeroko kość promieniową na odcinku długości 3 cm. i stwierdzono obecność treści ropnej również w kanale szpikowym. Założono sączek, opatrunek. Z ropy wyhodowano gronkowca. Po miesiącu leczenia, polegającego na zmianie opatrunków i stosowaniu szczepionki własnej, rana uległa zagojeniu, pozostała niewielka przetoka w bliźnie.

W listopadzie 1931 powtórny zabieg operacyjny w celu usunięcia martwaka widocznego na zdjęciu (rys. 1). W uśpieniu balsoformowym cięcie na powierzchni tylno-bocznej przedramienia prawego, od łokcia do stawu promieniowo-nadgarstkowego. Po przecięciu tkanek miękkich odsłonięto martwak, utworzony z całego trzonu kości promieniowej. Martwak otoczony przez wybujałą kostninę znajdował się w loży wypełnionej ropą, lecz końce jego nie były oddzielone od reszty kości. W celu usunięcia martwaka trzeba go było przeciąć w połowie (rys. 2). Założono sączki, pozostawiając ranę całkowicie otwartą.

[1]) Ostéomyélite aigüe du radius. Destruction et régénération de la diaphyse radiale et nouveau foyer d'ostéomyélite à la même diaphyse, par docteur *Henry, G.*, chef du service de chirurgie infantile et d'orthopédie a l'Hôpital Brugmann, Bruxelles. Tłum. *dr. J. Kossakowski.*



Rys. 1.

Na rentgenogramie (rys. 3), wykonanym w 5 miesięcy później, widać kość promieniową po usunięciu martwaka: zarysy



Rys. 2.

kości są zniekształcone, rysunek beleczek zatarty.

Chory zgłaszał się następnie okresowo do kontroli. Celem przeciwdziałania zniekształceniu przedramienia unieruchomiono kończynę w opatrunku gipsowym z oknem. Po upływie 2-ch miesięcy stwierdzono zagojenie rany bez przetoki.

W przypadku tym należy podkreślić, że pomimo wczesnego zabiegu operacyjnego i wyłyżeczkowania jamy szpikowej na dużej przestrzeni (½ długości) oraz pomimo



Rys. 3.

stosowania autoszczepionki — sprawa nie ograniczyła się i doprowadziła do zupełnego zniszczenia trzonu kości.

Po upływie 8 miesięcy od pierwszego zabiegu, podczas kontrolnego badania nie stwierdzono skrócenia chorej kończyny, a wszystkie ruchy przedramienia, z wyjątkiem nieznacznego ograniczenia nawracania, były zachowane.

Od marca 1932 do marca 1936 chory nie był obserwowany. W marcu 1936 zgłosił się ponownie z powodu nieznacznego

ropienia w okolicy dawnej blizny. Górna część przedramienia była obrzękła, stwierdzono również zgrubienie dośrodkowej części trzonu kości promieniowej. Ruchy zgięcia i rozgięcia w stawie łokciowym były prawidłowe, ograniczenie dotyczyło jedynie ruchów obrotowych przedramienia. Rentgenogram (rys. 4) wykazuje, że usunięta przed 4 laty kość promieniowa uległa całkowicie odnowie, widoczne jest wyraźnie beleczkowate utkanie; nasady nie przedstawiają zmian, długość trzonu prawidłowa. W górnej $\frac{1}{3}$ trzonu kości promieniowej stwierdza się wyraźne zmiany, dotyczące jamy szpikowej i kości oraz dość żywy odczyn okostnowy.

Przystąpiono do trzeciego zabiegu operacyjnego: cięcie równoległe do przebiegu kości promieniowej na wysokości ogniska zapalnego, stwierdzonego rentgenologicznie. Po odsunięciu mięśni wyłyżeczkowano przednią powierzchnię trzonu kości, pokrytą tkanką ziarninową, po czym przez otwór w kości oczyszczono łyżeczką jamę szpikową aż do okolicy przyczepu torebki stawowej; sączek, opatrunek suchy. Przebieg po zabiegu: stan ogólny dziecka dobry, na opatrunku nieznaczna wydzielina. Z ropy wyhodowano gronkowca złocistego.



Rys. 4.



Rys. 5.

Po upływie 15 dni zdjęto opatrunek, wyjęto sączki i wykonano ponownie zdjęcie rentgenowskie, na którym widać odwapnienie górnej części kości promieniowej. Wyraźny jest również odczyn okostnowy, zarysy kości nieregularne. Stan ten nasuwał obawę, by sprawa nie przeszła na resztę trzonu kości promieniowej. Stosowano nadal opatrunki i sączkowanie.

Zdjęcie rentgenowskie (rys. 5), wykonane w 6 miesięcy po ostatnim zabiegu wykazuje, że nastąpiła zupełna odnowa zniszczonej kości. Wszelkie objawy szerze-

nia się stanu zapalnego na trzon kości promieniowej ustąpiły i, jak się wydaje, wszystko wróciło do stanu normalnego.

Jakie w n i o s k i należy wyciągnąć z powyższych spostrzeżeń?

Mieliśmy do czynienia z przypadkiem ostrego zapalenia szpiku kostnego, który był operowany wcześnie, celem zapobieżenia dalszemu szerzeniu się sprawy chorobowej. Sprawa zapalna ustąpiła, jednak dopiero po usunięciu całego chorobowo zmienionego trzonu kości promieniowej. W ciągu 4 lat następnych nie było żadnych objawów chorobowych. Po upływie tego czasu stwierdzono ponownie ognisko zapalne w odbudowanej kości, a w ropie wykryto te same drobnoustroje, co za pierwszym razem.

Czy w danym przypadku mamy do czynienia z ponownym zakażeniem w tej samej kości, czy też istniało utajone i przez czas jakiś nieczynne ognisko zapalne w szpiku, które spowodowało odnowienie się sprawy — pozostaje kwestią nierozstrzygniętą. Chory znajduje się w dalszym ciągu pod naszą obserwacją. Stan jego obecnie nie przedstawia nic osobliwego.

R E S U M É

Ostéomyèlite aigüe du radius. Destruction et régénération de la diaphyse radiale et nouveau foyer d'ostéomyèlite à la même diaphyse

par

Docteur **Henry, G.**

Chef du service de chirurgie infantile et d'orthopédie à l'Hôpital Brugmann, Bruxelles

Observation d'un cas, ou nous nous sommes trouvés en face d'une ostéomyèlite aigüe, que nous avons ouvert précocement, espérant ainsi limiter l'infection staphylococcique. Nous n'y réussissons qu'après enlèvement en bloc de la diaphyse radiale. Pendant quatre ans, nous ne constatons plus aucun symptome du côté osseux et quand nous pratiquons une radiographie, nous avons devant nous un nouveau foyer d'ostéite dont l'agent microbien est le même que celui que nous avions trouvé lors de l'ouverture du foyer d'ostéomyèlite. S'agit-il d'une réinfection de l'os ou bien existait-il dans la diaphyse radiale un foyer infecté latent?

Z I Instytutu Rentgenologicznego Uniwersytetu J. Piłsudskiego w Warszawie.
Kierownik: *Dr J. Kochanowski.*

Periarthritis humeroscapularis

podał

Dr Mieczysław Marian Goldman.

Dolegliwości okolicy stawu barkowego mają zwykle duży wpływ na stan ogólny chorego, ponieważ nawet niewielkie objawy bólowe tej okolicy dają poważne ograniczenie ruchów chorego stawu i całej kończyny, urastając do roli czynnika upośledzającego ogólny stan czynnościowy. Lekarz w dążeniu do rozpoznania natrafia zazwyczaj na duże trudności, rozporządza bowiem niebogatym zespołem objawów:

charakter bólów, ograniczenia ruchowe, zmiany w wyglądzie zewnętrznym stawu wyczerpują obraz. Niezbędna jest zatem znajomość występujących tu spraw chorobowych, zwłaszcza iż stosunkowo najczęściej spotykany zespół okołostawowy daje dobre rokowanie i przy właściwym leczeniu szybko prowadzi do zupełnego ustąpienia objawów chorobowych.

Charakter zmian spotykanych w okolicy barku obejmuje trzy rodzaje cierpień: kostno - stawowych (osteoarthritis), okołostawowych (periarthritis) oraz neuralgicznych (neuralgie i neurity szyjno - ramieniowe). Zespół okołostawowy różni się zasadniczo od zmian stawowych, dotyczy bowiem nie jamy stawowej, a ścięgien, kaletek maziowych oraz tkanek okołostawowych, dając charakterystyczny obraz kliniczny, znany pod nazwą periarthritis humeroscapularis, opisany po raz pierwszy w roku 1870 przez *Duplaya.*

Chcąc zrozumieć obraz chorobowy, jaki dają zmiany okołostawowe, musimy uświadomić sobie, iż zarówno sprawy zapalne, jakoteż urazowe czy zaburzenia przemiany materii miejscowo przejawiają się w postaci jednolitego odczynu tkanek okołostawowych, niezależnie od tego, czy pierwotnie zajęte będą kaletki maziowe lub tkanka łączna (bursitis, cellulitis), czy w grę wejdą procesy wtórne, jak wylewy krwawe, zmiażdżenia tkankowe, zwapnienia okołostawowe. Zwapnienia w częściach miękkich okołostawowych, opisane po raz pierwszy w r. 1907 przez *Paintera,* uzależniano od zmian w kaletce naramiennej i dlatego wprowadzono nazwę: bursitis subdeltoidea wzgl. bursitis calcarea *(Painter, Brickner).* Inni autorzy ujmowali cierpienie, jako sprawę okołostawową *(Codman, Petrignani)* i utożsamili ją z obrazem opisanym przez *Duplaya* pod nazwą: periarthritis humeroscapularis; *Haenisch, Immelmann, Mayer* mówią o chorobie Duplaya. *Perkins* operuje nazwą: tendinitis, *Sandström, Kahlmeter* — peritendinitis calcarea. W ostatnio opublikowanej pracy (luty 1937) *Sandström* i *Wahlgren* opisują cierpienie pod nazwą peritendinitis calcarea, podają jednak w przypisie, iż przeprowadzone przez nich badania anatomo-patologiczne nie odpowiadają tej nazwie. Złożoność sprawy polega na tym, iż podobne obrazy zespołowe mogą być przejawem różnych spraw chorobowych. Ponieważ cierpienie umiejscowione jest poza stawem, przy czym udział w nim biorą przeważnie wszystkie tkanki okołostawowe, wydaje mi się najpraktyczniejszą nazwa: periarthritis humeroscapularis.

Najczęściej zajęciu ulega ścięgno mięśnia nadgrzebieniowego (musc. supraspinatus), przyczepiające się do guzka większego główki kości ramiennej oraz do torebki stawu. Ścięgno to oddziela właściwie kaletkę maziową od torebki i gra zasadniczą rolę w samoregulacji czynnościowej torebki. Drugim, ważnym elementem jest kaletka naramienna (bursa subacromialis); jest ona stosunkowo duża, składa się z dwóch części, biegnących pod wyrostkiem barkowym i pod mięśniem naramiennym, tworząc w ten sposób rozległą powierzchnię ślizgową, szczególnie ważną dla mechaniki stawowej. Wreszcie trzecim czynnikiem kształtującym charakter obrazu chorobowego jest ścięgno mięśnia dwugłowego (musc. biceps). Skurcz mięśnia nadgrzebieniowego posiada obok mięśnia naramiennego istotne znaczenie przy podnoszeniu ramienia, powoduje jednocześnie ślizganie ścięgna mięśnia dwugłowego, stąd pochewka tego mięśnia jest czynnościowo więcej zależna od ruchu kości ramiennej wobec łopatki, niż od skurczu mięśnia dwugłowego.

Obraz kliniczny.

Ze spostrzeganego materiału 29 przypadków periarthritis humeroscapularis podaję opis 6 przypadków o charakterystycznym obrazie zespołowym.

Przyp. 1. Cz. W., urzędnik, lat 40. Przed miesiącem poczuł w nocy ostry ból lewego ramienia. Ból był bardzo silny, wszelkie ruchy jeszcze bardziej ból ten nasilały. Po kilku dniach bóle zmniejszyły się, jednak utrzymywały się i uniemożliwiały choremu pracę zawodową. Stosował kompresy, rozmaite leki, diatermię. Bóle zmniejszały się tylko nieznacznie. Żadnego urazu chory nie przebył. Badanie przedmiotowe nie wykazało uchwytnych zmian w narządach wewnętrznych. Inne stawy — niebolesne. W stawie barkowym lewym znaczne ograniczenie ruchów,



Rys. 1.

zwłaszcza odwodzenia. Bolesność uciskowa okolicy guzka większego.

Badanie radiologiczne z dn. 4.II 37 (rys. 1) wykazuje ponad guzkiem większym kości ramiennej lewej cień wielkości ziarna ryżu, o równych zarysach, odpowiadający zwapnieniu części miękkich przystawowych.

Przyp. 2. P. J., pielęgniarka, lat 48. Od kilku miesięcy odczuwa bóle w prawym stawie ramieniowym. Początkowo mogła wykonywać ruchy w stawie dość dobrze; od 2 tygodni bóle nasiliły się, chora nie może poruszać kończyną. Przed dwoma laty uderzyła się w okolicę ramienia, jednak po tym żadnych dolegliwości nie odczuwała. Przed rokiem straciła periody. Chora waży 87 kg. Ruchy w prawym stawie barkowym ograniczone; z trudnością podnosi kończynę do poziomu; ruchy obrotowe niebolesne.

Badanie radiologiczne z dn. 10.IV 36 (rys. 2) wykazuje pod wyrostkiem barkowym cień kształtu pasemka, o zarysach ostrych, niezupełnie regularny, jakby fragmentowany, biegnący aż do guzka większego. Guzek większy nieznacznie odwapniony, na zarysie powierzchni guzka widoczne są drobne nierówności.

Przyp. 3. H. H., elektromonter, lat 32. Od roku bóle w prawym ramieniu. Ból rozpoczął się nagłym gwałtownym napadem; po kilku dniach nasilenie bólów zmniejszyło się; odtąd stale miewa dolegliwości bólowe. Bywają okresy, w których z trudnością zajmuje się pracą zawodową. Urazu



Rys. 2.

nigdy nie miał. Badanie przedmiotowe nie wykazuje zmian. Ruchy w stawie naogół zachowane, odczuwa jedynie ból przy podnoszeniu kończyny do góry.

Badanie radiologiczne z dn. 14.IX 35 (rys. 3) wykazuje obecność pasmowatego cienia o równych zarysach, lecz nieregularnej budowie z zaznaczoną fragmentacją struktury, biegnącego wzdłuż zarysu guzka większego od wyrostka barkowego do szyjki chirurgicznej.

Przyp. 4. T. G., lekarka, lat 35. Od trzech lat skarży się na bóle w prawym ramieniu. Urazu nigdy nie miała. Cierpienie rozpoczęło się nagle od napadu ostrych bólów w ciągu nocy. Bóle utrzy-

mywały się kilka tygodni, w nocy stale nasilały się. Chora stosowała rozmaite środki bez większego efektu. Chwilową ulgę dawały jedynie za-



Rys. 3.

biegi cieplne. Pacjentka zauważyła wyraźne nasilanie się bólów pod wpływem zdenerwowania, jak również podczas niepogody. W wywiadach — przewlekłe zaburzenia kiszkowe. Narządy wew-



Rys. 4.

nętrzne bez wyraźniejszych zmian. Ruchy w stawie bolesne, zwłaszcza podnoszenie do góry i skręcanie do wewnątrz. W czasie nasilania się bólów chora odczuwa znaczne trudności przy ubieraniu się, przy czesaniu. Bolesność uciskowa okolicy guzka większego oraz przyśrodkowej powierzchni ramienia wzdłuż ścięgna mięśnia dwugłowego.

Badanie radiologiczne z dn. 9.I 35 (rys. 4) wykazało ponad guzkiem większym obecność intensywnego cienia, o dość ostrych zarysach i jednolitej strukturze.

Chorej zastosowano naświetlanie promieniami Rentgena: pole przednie i tylne, po 150 r na pole, 0,5Cu + 1,0Al, 4 mA. Po tygodniu naświetlanie powtórzono. Już po pierwszym naświetleniu zaznaczyła się wyraźna poprawa. Po drugim



Rys. 5.

naświetleniu bóle szybko ustąpiły. Zdjęcie wykonane 25.II 35 (rys. 5), wykazuje prawie zupełne zniknięcie cieni wapniowych.

Przyp. 5. K. R., inżynier, lat 34. Dużo grywa w tenisa, jest zawodnikiem. W czasie treningów przed zawodami poczuł jednego dnia silny ból w prawym ramieniu. Ból ten wystąpił nad ranem. Poprzedniego dnia treningu nie miał, tak iż chory zasadniczo bólu nie łączył z grą. Ból był tak silny, iż chory nie mógł wykonywać żadnych ruchów. Podnoszenie do poziomu było możliwe, wyżej nie mógł podnieść ramienia nawet przy pomocy; nie mógł się zupełnie ubierać. Przy ucisku znaczna bolesność pod wyrostkiem barkowym. Energiczne leczenie pozostało bez większe-

go wpływu na stan chorego. Zastosowana diatermia krótkofalowa nie dała większej poprawy.

Zdjęcie wykonane dn. 7.X 35 (rys. 6) wykazało obecność drobnego cienia wapniowego w okolicy guzka większego.

Choremu zastosowano naświetlanie promieniami Rentgena: 3 pola (przednie, tylne i boczne) po 150 r na pole, 0,5 Cu + 1,0 Al, 4 mA. Po 10 dniach naświetlenie powtórzono. Stan chorego znakomicie się poprawił, co było szczególnie uderzające wobec braku poprawy przy poprzednim leczeniu. Zdjęcie wykonane po 3 tyg. (rys. 7)



Rys. 6 i 7.

wykazuje zniknięcie cienia spostrzeganego poprzednio.

Przyp. 6. C. Ż., przemysłowiec, lat 46. Skarży się od wielu lat na bóle w lewym stawie barkowym. Zwykle na wiosnę bóle ulegają nasileniu. Chory leczył się kilkakrotnie zagranicą, w kraju jeździł do Ciechocinka. Po kuracji bóle ustępowały. Od paru tygodni znaczne nasilenie się objawów. Nie może pracować.

Badanie radiologiczne z dn. 16.XII 36 (rys. 8): w okolicy guzka większego obecny niezupełnie regularny cień o niejednolitej strukturze.

Choremu zastosowano naświetlanie promieniami Rentgena (w Wiedniu); otrzymał 2 pola, po



Rys. 8 i 9.

450 r na pole. Stan chorego znacznie się poprawił. Zdjęcie wykonane dn. 10.III 37 (rys. 9) wykazało zupełny brak cieni wapniowych.

Zestawiając na podstawie materiału własnego oraz opisów tego cierpienia przebieg chorobowy, widzimy, iż w większości przypadków objawy choroby rozpoczynają się nagłym, ostrym bólem samoistnym w ramieniu, zjawiającym się często w nocy, bez uzasadnionej przyczyny. Niekiedy chory wspomina o przebytym dawniej urazie. Rzadziej bywa początek przewlekły z powolnym narastaniem objawów bólowych. Bóle samoistne posiadają natężenie zmienne, są bądź niewielkie, lub mogą się napadowo nasilać, powodując dolegliwości znacznego stopnia, często w nocy, zwłaszcza gdy chory leży na chorej kończynie. Bóle promieniować mogą do szyi wzgl. w stronę ramienia, gdzie sięgają zwykle do stawu łokciowego, rzadko przechodząc na przedramię.

Przy niektórych ruchach ramienia bóle nasilają się, co powoduje znaczne ograniczenia ruchowe w stawie, dotyczące zwłaszcza odwodzenia i rotacji do wewnątrz. Niekiedy utrzymuje się możność odwodzenia kończyny do poziomu; chory nie może podnosić ramienia powyżej poziomu; utrudnione są ruchy zarzucenia ręki na głowę, włożenia rękawa palta, włożenia ręki do kieszeni. Ograniczenie dotyczy zarówno ruchów czynnych, jak i biernych. Rotacja bez odwiedzenia nie wywołuje zwykle bólów; ruch wahadłowy w stawie może być bolesny.

Ostry charakter bólów uspakaja się zwykle po kilku dniach, może jednak utrzymywać się i szereg tygodni w postaci podostrej, dając napadowe pogorszenia. Ustąpienie bólów i poprawa mogą mieć charakter przemijający, mogą występować długotrwałe i uporczywe nawroty, nierzadko związane ze stanem nerwowym chorego lub z wpływami atmosferycznymi. Wskutek ograniczenia ruchów rozwijają się zaniki mięśniowe, wywołując swoistą zmianę zarysów stawu.

Poza bólami samoistnymi i bólami przy ruchach ramienia istnieje zlokalizowana bolesność uciskowa. Obejmuje ona okolicę guzka większego pod wyrostkiem barkowym oraz pas przedniej i przyśrodkowej powierzchni ramienia poniżej główki wzdłuż ścięgna mięśnia dwugłowego. *Dawbarn* opisał charakterystyczny objaw znikania punktu bolesnego przy podnoszeniu ramienia do poziomu. Autor ten uzależnia bolesność okolicy guzka od stanu zapalnego kaletki maziowej; gdy ślizganie jest jeszcze możliwe, wówczas przy odwiedzeniu czynnym lub biernym przesuwa się guzek pod sklepienie wyrostka barkowego i punkt bolesny znika. Gdy zrosty włókniste nie pozwalają na przesuwanie się kaletki, punkt bolesny utrzymuje się.

Z objawów towarzyszących możemy spotkać bolesność kręgów szyjnych (przy zmianach zniekształcających w kręgach), bóle wyrostka barkowego (przy obecności na nim drobnych wyrośli kostnych); przy jednoczesnej neuralgii ramieniowej bóle mogą promieniować wzdłuż całej kończyny.

Badanie radiologiczne.

Badanie radiologiczne zespołów okołostawowych posiada znaczenie istotne i nie powinno być zaniechane nawet w tych przypadkach, w których badanie kliniczne wystarcza do postawienia rozpoznania. Badanie radiologiczne pozwala nie tylko ocenić charakter i rozległość zmian, lecz również daje nam ważne wskazówki różniczkowe. Zdjęcia okresowe pozwalają śledzić rozwój cierpienia, mają przeto znaczenie dla rokowania. W pewnym odsetku przypadków wynik badania radiologicznego jest ujemny. Dotyczy to przypadków przebiegających bez zwapnień w częściach

miękkich oraz przypadków świeżych, w których zwapnienia nie zdążyły się rozwinąć.

Najważniejszym i wysoce znamiennym dla sprawy chorobowej objawem radiologicznym są zwapnienia w częściach miękkich. Cienie zwapnień na zwykłych zdjęciach mogą się nie uwidocznić i wychodzą dopiero na zdjęciach w rotacji na zewnątrz lub na wewnątrz, względnie przy silnym przywiedzeniu ramienia. Zwapnienia umiejscowiają się zwykle w pobliżu guzka większego kości ramiennej, względnie wkraczają pod sklepienie wyrostka barkowego; tworzą one drobne nieregularne cienie o zarysach ostrych, różnej wielkości; zlewają się czasami w długie pasma otaczające główkę; posiadają strukturę silnie zbitą lub ziarnistą, fragmentowaną.

Lokalizacja radiologiczna tych cieni nie zawsze jest możliwa. Zwapnienia w ścięgnie mięśnia nadgrzebieniowego leżą pod wyrostkiem barkowym i są zwykle bardziej owalne. Zwapnienia w kaletce są bardziej wydłużone i nieregularne, biegną wzdłuż szyjki anatomicznej i guzka większego. Dużym ułatwieniem dla oceny lokalizacyjnej zwapnień mogą być zdjęcia osiowe kości ramiennej.

Duże podobieństwo do zwapnień okołostawowych wykazywać mogą na obrazach radiologicznych drobne cząstki kostne oderwane od guzka większego przy pęknięciach pourazowych ścięgna mięśnia nadgrzebieniowego. Jednakże ślady takich nadłamań kostnych widoczne są zwykle na powierzchni guzka. Pourazowe zmiany okostnowe mogą również dawać cienie, podobne do zwapnień części miękkich.

Stosunkowo często spotkać możemy przy badaniu radiologicznym zmiany zniekształcające w kręgach szyjnych lub w wyrostku barkowym, odwapnienia części kostnych bez zmian na powierzchniach stawowych (różniczkowanie ze zmianami zapalnymi stawu lub z osteoporosis posttraumatica dolorosa); w obrębie guzka większego zaznaczać się mogą drobne wgłębienia i nierówności.

Rozpoznanie różniczkowe.

Zarówno objawy kliniczne, jak i radiologiczne, aczkolwiek w większości przypadków bardzo charakterystyczne dla zmian okołostawowych, wymagają dokładnego zróżniczkowania. Jest to tym ważniejsze, iż właściwe postawienie rozpoznania przez zastosowanie odpowiedniego leczenia szybko prowadzi do ustąpienia objawów.

Analizę objawów rozpoczynamy od rozpatrzenia charakteru bólów: w pierwszym rzędzie wyłączyć musimy bóle odruchowe ramienia przy zmianach miażdżycowych w sercu, w miażdżycy tętnicy głównej, dławicy piersiowej, zmianach opłucnowych, zapaleniach pęcherzyka żółciowego, cierpieniach kręgosłupa (tabes, syringomyelia).

Gruźlica stawu barkowego jest stosunkowo rzadka, nasuwa jednak trudności rozpoznawcze z powodu przewlekłego przebiegu i form suchych (caries sicca). U dzieci niektóre postacie gruźlicy przebiegają prawie bezboleśnie, dając jedynie znaczne zaniki mięśniowe. Na karb reumatyzmu kładzie się niekiedy zmiany stawowe i okołostawowe pochodzenia kiłowego, rzeżączkowego, durowego i połogowego. Zmiany okołostawowe kiłowego pochodzenia umiejscowiają się przeważnie w dole pachowym i nie dają zwapnień w częściach miękkich. Osteoarthritis posttyphosa wywołuje znaczne zaniki mięśniowe. Największe jednak zaniki mięśniowe daje pourazowy zespół Volkmanna, któremu towarzyszą włókniste zmiany okołostawowe z osłabieniem mięśni i żywymi

niekiedy bólami, zależnymi od wpływów atmosferycznych, czym przypominają sprawy reumatyczne. Nie nasuwają większych trudności rozpoznawczych zmiany mięśniowe (myalgia) oraz zmiany neuralgiczne. Zespół neuralgiczny jest wyrazem neuritów pni nerwowych lub splotów, a częściej jeszcze gałązek nerwowych. Nierzadko zajęte są wszystkie trzy gałązki splotu barkowego. Są to zespoły czuciowo-ruchowe, gdzie jednak przeważają elementy czuciowe. Obok dolegliwości czuciowo-ruchowych występują objawy naczyniowo-ruchowe i współczulne. Ruchy czynne i bierne są zachowane, zwłaszcza w okresach początkowych. Parestezje i ostre bóle promieniują aż do palców. Postacie przewlekłe dają obrazy mało charakterystyczne i różnią się od zmian okołostawowych odmienną lokalizacją bólów, umiejscowionych w dole pachowym, przy kręgosłupie na wysokości grzebienia łopatki, oraz w części górno-zewnętrznej mięśnia nadgrzebieniowego. W zmianach okołostawowych biorą niekiedy udział niektóre gałązki nerwowe, zwłaszcza przy współistnieniu zmian zniekształcających w kręgosłupie szyjnym.

Nierzadko uraz powoduje wystąpienie zespołu okołostawowego. W różniczkowaniu zmian urazowych łatwą jest ocena świeżego urazu. Następstwa urazu w postaci resorpcji wylewów, gojenia się naderwanych ścięgien i tkanek podtrzymują stan podrażnienia oraz prowadzą do wytwarzania się zrostów włóknistych i zwapnień okołostawowych. Niekiedy jednak nie znajdujemy w wywiadach śladów wyraźnego urazu; możemy mieć do czynienia z urazem o charakterze gwałtownego ruchu przy skręceniu ramienia, co może prowadzić do utworzenia odszczepów kostnych w obrębie guzka większego oraz do naderwania lub rozdarcia ścięgna mięśnia nadgrzebieniowego. W ten sposób łączą niektórzy autorzy *(Painter, Brickner, Carnett)* powstanie zwapnień okołostawowych z urazem ostrym lub przewlekłym. Zmiany urazowe w ścięgnach prowadzą zawsze do rozwoju ognisk nekrotycznych, w obrębie których odkładają się sole wapnia. *Tavernier, Carnett, Leriche, Prat i Bernardbeig, Stultz i Brenkmann,* znajdowali podczas operacyj złogi węglanów i fosforanów wapnia w ścięgnie mięśnia nadgrzebieniowego.

Etiologia i patogeneza zmian okołostawowych.

Pomimo, iż zmiany okołostawowe występują często po urazie, to jednak istotna przyczyna odkładania się soli wapnia, jak i mechanizm patogenetyczny cierpienia nie są znane. *Sandström* i *Wahlgren* na podstawie badania histologicznego przypadków operowanych nie znajdują żadnych danych, któreby przemawiały za urazowym pochodzeniem zmian chorobowych. Podkreślić również należy fakt, iż rzadko uraz stoi w bezpośrednim związku z wystąpieniem objawów chorobowych; przeważnie uraz znacznie poprzedza chwilę wystąpienia objawów chorobowych.

Pierwsze badania histologiczne *Duplaya, Reclus, Paintera* wykazywały zgrubienia włókniste w obrębie torebki i kaletki naramiennej. *Bergman* i *Stieda* (1908) spostrzegali w kaletce naramiennej przewlekłe zmiany zapalne z rozległą martwicą oraz złogami wapniowymi w kaletce. *Codman* (1909) opisuje przewlekły wytwórczy proces zapalny z ogniskami martwicy. *Wrede* (1912) spostrzegał zmiany zlokalizowane nie w kaletce, lecz w ścięgnie mięśnia nadgrzebieniowego; obok niewielkich zmian zapalnych autor ten podkreśla obecność zmian nekrobiotycznych ze zwapnieniami. *Moschowitz* umiejscowia również zmiany w ścięgnie mięśnia nadgrzebienio-

wego i określa proces mianem: tendinitis. *Carnett, Case, Harbin* uważają, iż najczęstszą przyczyną cierpienia są tzw. uszkodzenia zawodowe. W pewnych zawodach praca wymaga trzymania ramienia w odwiedzeniu, przez co ścięgno mięśnia nadgrzebieniowego ulega stale traumatyzacji; prowadzi to do stanu zapalnego z wtórną nekrozą i odkładaniem soli wapnia. *Elmslie* (1932), badając 5 operowanych przypadków, nie znajdował martwicy; spostrzegał wyłącznie zmiany zapalne. Przypadek *Kryńskiego* i *Opackiego* (1933) wykazywał w kaletce naramiennej obecność otorbionego zbiornika gęstej białożółtawej masy o konsystencji pasty. *Altschul* twierdzi, iż zasadniczą rolę w procesie odkładania się wapnia grają czynniki chemiczne, za czym przemawia szybkie znikanie cieni po naświetlaniu. Wiemy, iż po naświetlaniach histologicznie zmniejsza się ilość wapnia w tkankach, a zwiększa ilość potasu. *Tsunehiko Aoki* wykazuje, iż metabolizm mineralny w przypadkach zmian okołostawowych jest prawidłowy, a zwapnienia polegają wyłącznie na umiejscowionych zmianach dystroficzno-degeneracyjnych. *Leriche* i *Brenckmann* wysuwają teorię mutacji wapniowej w okolicach ognisk nekrozy kostnej. Również *Axhausen* spostrzegał, iż ogniska nekrotyczne wywoływały skostnienia okołostawowe podobne do osteofitów w arthrosis deformans.

Bardzo ciekawe i znamienne wyniki badań histologicznych 12 operowanych przypadków podają *Sandström* i *Wahlgren*. Przede wszystkim autorzy ci podkreślają, iż na podstawie badań histologicznych nie można dokładnie powiedzieć, czy mamy do czynienia z zajęciem kaletki czy ścięgna. Spostrzegane zmiany zajmowały zarówno torebki i ścięgna, jak i kaletki maziowe. Stosunkowo najrzadziej zajęte były kaletki. W obrębie tkanki ścięgnistej znajdowali autorzy martwicę oraz zmiany nekrobiotyczne ze złogami wapniowymi. Obok złogów wapnia leżą często wysepki tkanki granulacyjnej z nowoutworzonymi naczyniami. Obecność tkanki granulacyjnej łączą autorzy z naświetlaniem promieniami Rentgena, a duża ilość świeżych naczyń w tych przypadkach tłumaczyć może szybką resorpcję zwapnień po naświetlaniach. W większości przypadków znajdowali autorzy zmienione naczynia z przerosłą błoną wewnętrzną i środkową, a nawet z zupełnym zamknięciem światła. *Sandström* i *Wahlgren* podnoszą brak podłoża infekcyjnego, podkreślają natomiast podobieństwo obrazu do dny. Jednakże ani badania chemiczne ani preparaty histologiczne nie wykazywały nigdy obecności kwasu moczowego, co przemawia przeciwko jakiejkolwiek łączności z dną.

Autorzy francuscy *Lacapère, Morlaas* i *Fenal, Terray* podkreślają rolę czynnika humoralnego w etiologii zespołu okołostawowego. Spostrzegali oni występowanie zespołu okołostawowego u osobników wykazujących swoisty habitus z hiperestezją fizyczną i psychiczną; osobnicy ci źle sypiają, cierpią na zaburzenia żołądkowo-jelitowe zależne od złej czynności wątroby; często doznają bolesności okolicy pęcherzyka żółciowego. Być może niedostateczna czynność wątroby jest przyczyną miejscowych skurczów naczyniowych. W moczu tych chorych znajdowano dużo urobiliny, fosforanów i moczanów; we krwi — hipercholesterynemię oraz zmniejszenie ilości wapnia. *Terray* podkreśla również nagłość występowania napadów bólowych, które porównywa do napadów dny; przypisuje je zjawiskom anafilaktycznym oraz niedomodze proteopektycznej wątroby. *Terray* spostrzegał poprawę miejscową równolegle z poprawą stanu czynnościowego wątroby; obok leczenia miejscowego przeprowadza zawsze kurację wątrobową.

W świetle tych poglądów możemy przyjąć, iż rolę zasadniczą w patogenezie cier-

pienia odgrywają miejscowe zaburzenia krążenia, wywołujące niedokrewność tkanek z upośledzeniem ich żywotności i wtórnym odkładaniem się soli wapnia. Jednolity obraz kliniczny ze stałością odczynu bólowego jest następstwem usadowienia się zmian w tkankach okołostawowych z bogatym unerwieniem czuciowym kaletek, aparatu torebkowego i więzadłowego.

L e c z e n i e.

Wnioski powyższe mają zasadnicze znaczenie dla leczenia.

Nasze wysiłki lecznicze zdążają w pierwszym rzędzie do zmniejszenia bolesności oraz do wczesnego uruchomienia stawu. Najlepsze pod tym względem wyniki daje nam naświetlanie promieniami Rentgena. Działanie naświetlań polega prawdopodobnie nie na wpływie promieni na zakończenia nerwowe, lecz na bezpośrednim zadziałaniu na proces tkankowy *(Chaumet)*. Niezależnie od etiologicznego charakteru cierpienia po naświetlaniu ustają bóle, pojawiają się ruchy w stawie, a w miarę poprawy stanu klinicznego znikają zwapnienia okołostawowe. Niedostateczne wyniki, jakie się widuje po naświetlaniach, zależeć mogą od niedostatecznych dawek. Zastosowanie dawek odpowiednio silnych (od 450 r do 600 r na pole), prawie zawsze prowadzi do ustąpienia objawów chorobowych.

Poza naświetlaniami dobre wyniki dają promienie podczerwone, zabiegi hydropatyczne i mechanoterapia. W myśl poglądów autorów francuskich należałoby równocześnie przeprowadzać leczenie odczulające oraz kurację regulującą czynność wątroby (środki żółciopędne i żółciotwórcze, głębokie płókania jelit). W przypadkach wyjątkowo uporczywych pozostaje tylko leczenie chirurgiczne.

R E S U M É

Periarthritis humeroscapularis

par

Dr M. M. Goldman.

Les périarthrites de l'épaule présentent les troubles les plus fréquentes dans cette région. Pour établir le diagnostic, nous ne disposons que d'une symptomatologie assez réduite: les douleurs spontanées d'intensité variable, la gêne des mouvements, en particulier de l'abduction. Les plus importants pour le diagnostic sont les clichés radiographiques, qui décèlent les calcifications au pourtour de la tête, surtout dans le voisinage de la grosse tubérosité.

Au point de vue pathogénetique le rôle le plus grand jouent les troubles de circulation, qui provoquent l'anémisation des tissus aboutissant à des procès de nécrose avec l'accumulation de calcium dans le tissu périarticulaire.

Le traitement le plus efficace des périarthrites de l'epaule est constitué par la radiothérapie. Dans les cas très durs il faut penser à l'intervention chirurgical.

KAZUISTYKA

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński.*

Przypadek równoczesnej kamicy nerkowej, moczowodowej i pęcherzowej olbrzymich rozmiarów

podał
Dr Szymon Kranz.

Historia choroby omawianego przypadku brzmi jak następuje:

Chory M. J., lat 48, od dwudziestu przeszło lat miewał okresowo napadowe bóle w podżebrzu i okolicy lędźwiowej prawej. Bóle te promieniowały do moszny, przy czym często towarzyszyło im parcie na mocz. Zjawiały się one w różnych odstępach czasu i ustępowały bez śladu. W ciągu ostatnich trzech lat chory nie odczuwał żadnych dolegliwości. Dopiero od dwóch miesięcy wystąpiły ponownie bóle, o innym jednak charakterze niż poprzednio, bo początkowo ograniczone do prawego jądra, potem do okolicy pachwin, wreszcie usadowiły się w lędźwiach. Bóle te miały charakter tępy i były tak uporczywe, że po upływie dwóch tygodni chory był zmuszony przerwać pracę. Do bólów dołączyła się wkrótce gorączka, dochodząca do 38° i szybko postępujące ogólne osłabienie. Od tygodnia chory oddaje mocz często, co godzinę, przy czym poza parciem na mocz odczuwa bóle w okolicy pęcherza i pieczenie w cewce, zwłaszcza przy ostatnich porcjach moczu. Ostatnio oddaje mocz w niewielkich ilościach, bardzo mętny i gęsty, jak zupa grochowa. Uprzednio żadnych innych chorób miał nie przechodzić. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Przy przyjęciu chorego ciepłota ciała wynosiła 38,8°, tętno 98/min., miarowe, dość słabo napięte. Chory budowy astenicznej, wzrostu średniego, wątły, silnie wychudzony. Skóra sucha, blada; błony śluzowe blado-różowe; język obłożony, podsychający. Wypuk nad szczytami płucnymi wyraźnie skrócony. Serce w granicach prawidłowych, akcja serca miarowa, tony ciche, głuchawe. Brzuch płaski, brak napięcia powłok. Po stronie prawej, poniżej łuku żebrowego, jest wyczuwalny gubiący się w głębi opór, tkliwy na ucisk, mogący odpowiadać powiększonej i obniżonej nerce prawej. Wyraźna bolesność uciskowa nad talerzem biodrowym prawym aż do więzadła pachwinowego. Bolesna również okolica nadłonowa. Nad samym spojeniem łonowym, ściśle w linii środkowej, wyczuwalny jest opór, który przy dwuręcznym badaniu przez powłoki i odbytnicę przedstawia się jako twardy guz, kształtu kulistego, o szerszym wymiarze poprzecznym niż podłużnym, wielkości dużej pomarańczy. Guz spoistości kamienia, posiadał powierzchnię nierówną, był bardzo mało ruchomy na boki, przy czym przy próbach poruszania guzem chory odczuwał dotkliwy ból w podbrzuszu i parcie na mocz. Przy badaniu przez odbytnicę tuż poza wyczuwalnym oporem, o którym wyżej wspomniałem, stwierdzono dość znaczne powiększenie i silną bolesność uciskową prawego płatu sterczu. Rozmiary worka mosznowego po stronie prawej były wyraźnie powiększone, skóra ponad prawym jądrem ścieńczała, zaczerwieniona, wypuklała się w postaci guza chełboczącego, wielkości orzecha laskowego, bolesnego na ucisk, odpowiadającego ropniowi jądra.

Badanie krwi wykazało: 4,800,000 ciałek czerwonych, 15,000 leukocytów; ilość hemoglobiny wynosiła 64%. Wzór Schillinga nie odbiegał od normy. Ilość reszty azotowej wyrażała się cyfrą 72,80 mg⁰/₀₀. W moczu, o oddziaływaniu zasadowym, stwierdzono 7⁰/₀₀ białka, w osadzie zaś, badanym bez odwirowania moczu, całe pola widzenia były zasiane leukocytami.

Zdjęcie rentgenowskie nerek i odprowadzających dróg moczowych (rys. 1): poniżej prawego łuku żebrowego widoczny jest wielki cień, silnie, choć nierównomiernie wysycony, wielokształtny, o brzegach bardzo nieregularnych, którego obrysy mogą odpowiadać odlewowi miedniczki i kielichów nerki prawej. Górna granica tego cienia znajduje się na wysokości dolnego brzegu II kręgu lędźwiowego, dolna sięga do poziomu górnego brzegu V kręgu. W wymiarze podłużnym kamień zajmuje zatem przestrzeń 2½ kręgów. Poprzeczny wymiar kamienia jest nieco szerszy od podłużnego, wewnętrzny brzeg cienia przykrywa bowiem część zewnętrznego brzegu III kręgu i III przestrzeni międzykręgowej; zewnętrzny zaś brzeg zachodzi nieco poza linię sutkową, względnie połowę talerza biodrowego. W miednicy małej widoczne są trzy cienie, jeszcze silniej od poprzedniego wysycone i stykające się ze sobą. Dolną część miednicy małej wypeł-

nia wielki cień owalny, o wymiarze poprzecznym niemal dwukrotnie szerszym od podłużnego, zajmujący połowę światła miednicy, przykrywający w całości kość ogonową i dolną część kości krzyżowej, w dole zaś zachodzący nieco poza spojenie łonowe. Cień ten, odpowiadający olbrzymiemu kamieniowi pęcherzowemu, jest równomiernie wysycony i posiada równe obrysy. Do górnego brzegu tego cienia, nieco na lewo od linii środkowej, przylega leżący na kości, słabiej nieco wysycony drugi drobny cień owalny, długą swą osią zwrócony ku lewej stronie ciała, wielkości połowy wyrostka poprzecznego kręgu lędźwiowego. Cień ten, o obrysach równych, ściśle wydaje się łączyć z cieniem kamienia pęcherzowego,



Rys. 1.

tworząc jak gdyby jego wypustkę. Trzeci cień, również dość silnie wysycony, wyraźnie wydłużony, kształtu kiełbasowatego, o wymiarze podłużnym trzykrotnie przeszło większym od poprzecznego, końcach zaokrąglonych, obrysach dość równych, przebiega skośnie od góry i wewnątrz ku dołowi i ku zewnątrz, przy czym dolno-wewnętrzny brzeg cienia przylega na niewielkiej przestrzeni do najbardziej wypukłego odcinka strony prawej cienia kamienia pęcherzowego, wydając się, że pozostaje z nim w luźnym tylko związku. Cień ten odpowiada wielkiemu kamieniowi, usadowionemu w przypęcherzowym odcinku prawego moczowodu. Wprowadzony do pęcherza cewnik gumowy napotkał na opór, cewnik zaś metalowy potwierdził istnienie kamienia pęcherza. Próba wziernikowania pęcherza okazała się bezskuteczną wobec silnego parcia, odczuwanego przez chorego już po wprowadzeniu do pęcherza 20 — 30 cm płynu. Śladów wstrzykniętego dożylnie barwika nie udało się wykazać w bardzo mętnym moczu w ciągu godzinnej obserwacji.

Zły wynik prób czynnościowych świadczył o znacznym upośledzeniu sprawności nerek. Wobec niemożności przeprowadzenia pyelografii wstępującej lewej nerki i niebezpieczeństwa związanego z projektowanym wykonaniem pyelografii dożylnej ze względu na zły ogólny stan chorego — nie można było nic pewnego sądzić o stanie anatomicznym lewej nerki, ani też jej odprowadzających dróg moczowych. Wielkie rozmiary kamienia pęcherzowego i obecność odchodzącej ku stronie lewej drobnej wypustki kamienia, mogącej tkwić w ujściu moczowodu, pozwalać wszakże mogły na przypuszczenie, że mamy do czynienia z wodo- lub roponerczem nerki lewej, obok zniszczonej przez olbrzymi kamień nerki prawej, światło moczowodu której zatykał ponadto wielki kamień. Wynikać stąd mogło po usunięciu kamienia pęcherzowego wielkie niebezpieczeństwo, związane z nagłym odciążeniem odprowadzających dróg moczowych lewej nerki. Usunięcie to było jednak konieczne ze względu na bardzo zły ogólny stan chorego, będący wyrazem rozpoczynającej się mocznicy i ogólnego zakażenia moczowego (urosepsis), a pozostającego w związku nie tylko ze znacznym uszkodzeniem nerek, lecz i z daleko posuniętym ropnym nieżytem pęcherza i jego następstwami: ropniem sterczu i jądra. O wewnątrzpęcherzowym zgnieceniu kamienia nie mogło być mowy zarówno ze względu na wielkie jego rozmiary, jak i na daleko posuniętą ropną sprawę toczącą się w pęcherzu. Nie pozostawało więc nic innego, jak tylko usunięcie kamienia drogą nadłonową i pozostawienie przetoki, mimo wielkich niebezpieczeństw, jakie zabieg ten przedstawiał dla chorego. To też w uśpieniu evipanowym otwarto pęcherz małym cięciem, zgnieciono dość twardy kamień pod kontrolą wzroku, usuwając go ostrożnie po kawałku, po czym, po wypłukaniu pęcherza, pozostawiono przetokę nadłonową. Równocześnie otwarto ropień jądra. Wstrząs jednak, połączony z tym zabiegiem, przewyższał siły chorego, to też zmarł on w 12 godzin po zabiegu wśród objawów śpiączki mocznicowej. Na sekcji stwierdzono ostry obrzęk śledziony, świadczący o istnieniu zakażenia ogólnego, zwyrodnienie miąższowe wątroby i mięśnia sercowego. Nerka prawa była znacznie powiększona; obok kamie-

nia, stanowiącego odlew jej miedniczki i kielichów, stwierdzono obecność roponercza; sam miąższ nerki był bardzo ścieńczały. Moczowód prawy, szerokości kciuka, o ścianach silnie zgrubiałych, wykazujących rozległe zmiany zapalne, również wypełniony ropą, w dolnej swej części był zatkany przez olbrzymi, podłużny kamień. Nerka lewa wykazywała daleko posunięte wodonercze, stwierdzono bowiem znaczne rozszerzenie miedniczki i kielichów, oraz ścieńczenie miąższu nerkowego; moczowód lewy, na sekcji próżny, był znacznie poszerzony i przerosły, rozmiarami swymi przypominając niemal całkowicie moczowód prawy. Poza tym stwierdzono ropny nieżyt pęcherza i ropień prawego płatu sterczu. Badanie chemiczne kamieni wykazało, iż składają się one ze szczawianów, kwaśnego fosforanu wapnia i fosforanów.

Rzadki ten przypadek zasługuje na uwzględnienie bynajmniej nie ze względu na wielkie rozmiary kamieni, lecz na równoczesne ich usadowienie we wszystkich trzech odcinkach odprowadzających dróg moczowych. Znamy z piśmiennictwa szereg przypadków, w których wielkość kamieni, w jednych nerkowych, w innych — moczowodowych, względnie pęcherzowych, znacznie przewyższała rozmiary kamieni znalezionych w naszym przypadku. Podręczniki podają, że jeśli waga kamieni nerkowych wyjątkowo tylko przekracza 100, względnie 150 gramów, to przecież znane są przypadki, w których ciężar mnogich kamieni dochodził do 1, a nawet do $2\frac{1}{2}$ kg. Wiadomo też, że kamienie moczowodowe często bywają pochodzenia nerkowego i niejednokrotnie spotykane są równocześnie z kamieniami nerkowymi. Rozmiary największych znanych z piśmiennictwa kamieni moczowodowych większe były niż u naszego chorego, gdyż w przypadkach *Israela, Rowsinga* i *Fiedorowa* długość ich wynosiła 17, 18 i 19 cm. Kamienie pęcherzowe wagi kilkuset gramów nie należą bynajmniej do rzadkości; w przypadku *Morsona* kamień ważył 1 kg, *Randalisa* — 2 kg, kamień zaś z kolekcji *Pitkasa* — 2,575 kg. Nie spotkaliśmy jednak w piśmiennictwie przypadku, w którym istniałyby równocześnie kamienie nerki, moczowodu i pęcherza, poza jedynym przypadkiem, o którym wspomina *Papin* w zestawieniu operowanych przez się 139 przypadków kamicy, nie podając zresztą dokładniej opisu przypadku. *Tardo* w przytoczonej na zjeździe urologów w Rzymie w r. 1924 zbiorowej statystyce mówił o 15 przypadkach równoczesnej kamicy nerkowej i moczowodowej, względnie nerkowej i pęcherzowej. że wreszcie kamienie moczowodowe i pęcherzowe są częstokroć pochodzenia nerkowego i że po usunięciu kamienia z jednego z odcinków dróg moczowych, możliwe są nawroty sprawy czy to miejscowe, czy też w innych odcinkach; świadczy o tym przypadek *Rydygiera*, w którym, w odstępach mniej więcej dwuletnich, usunięto kamień najpierw z pęcherza, potem z nerki, wreszcie po raz trzeci — z nerki i moczowodu.

Na podstawie wywiadów sądząc, kamica nerkowe powstała u naszego chorego mniej więcej przed 20 laty. Niepodobna wszakże nawet w przybliżeniu określić, kiedy powstały kamienie w pęcherzu i moczowodzie. Chory w ciągu trzech ostatnich lat nie miał żadnych dolegliwości i, jak podawał, obecna choroba rozpoczęła się dopiero przed dwoma miesiącami. Niewątpliwie jednak obydwa te kamienie istniały w ciągu długiego czasu, być może nawet szereg lat. Tego rodzaju bezobjawowy przebieg kamicy moczowodowej, mimo wielkich rozmiarów kamienia, obserwował już *Groeschel.* Niejednokrotnie też duże nawet kamienie pęcherza mogą nie sprawiać dolegliwości w ciągu dłuższego czasu.

Zmiany, stwierdzone na sekcji w nerce kamiczej, są same przez się zrozumiałe. Nerka kamicza łatwo ulega wtórnemu zakażeniu, zwłaszcza przy zastoju moczu, zatkanie zaś światła moczowodu przez kamień prowadzi w tych przypadkach do zamkniętego roponercza. Zakażenie z łatwością przenosi się na pęcherz, jeśli tylko

nie uległ on już uprzednio zakażeniu. Wiemy dalej, że przy jednostronnej kamicy nerkowej rzadko tylko druga nerka bywa zupełnie zdrowa. W naszym przypadku chodziło zaś nie tylko o ciężkie schorzenie nerki prawej, lecz i pęcherza. O ciężkości zakażenia pęcherza świadczą powstałe ropnie sterczu i jądra. Pęcherz zawierał ponadto olbrzymi kamień, który, ze względu na swe rozmiary, musiał stanowić przeszkodę dla odpływu moczu z lewej nerki. Że wielki kamień, wypełniający światło pęcherza, uszkadzający jego ściany i pociągający za sobą rozwój w nich sprawy zapalnej, co ze swej strony prowadzi do obkurczania się ścian pęcherza dokoła kamienia, musi stanowić przeszkodę mechaniczną dla odpływu moczu z moczowodów i miedniczek, prowadzić do zalegania w nich moczu i powstania wodonercza — świadczy o tym przypadek operowany przez *Küttnera*. Chory zmarł w kilka dni po usunięciu kamienia wśród objawów śpiączki mocznicowej. Kamień, wielkości 11 × 8 cm, ważył 600 gr. Na sekcji zaś przekonano się o zniszczeniu obydwu nerek, które przedstawiały dwie wielkie torbiele wypełnione ropą. Tego rodzaju zmiany w górnych odprowadzających drogach moczowych nie zawsze wszakże muszą być daleko posunięte, skoro nie spostrzegał ich *Rosenbaum* w operowanym przez się przypadku kamicy pęcherzowej podobnych rozmiarów. Brak wystąpienia tych zmian w nerkach tłumaczy jednak autor istnieniem koralowatych rozgałęzień kamienia, umożliwiających przedostawanie się pomiędzy nimi moczu z moczowodów bez większych trudności. W naszym jednak przypadku wypustka kamienia tkwiła prawdopodobnie w ujściu lewego moczowodu. Znane są sporadycznie spotykane tego rodzaju przypadki kamieni moczowodowo-pęcherzowych, podobnie jak znamy również kamienie fajkowate, których odgałęzienie stanowi dokładny odlew tylnej cewki. Nic też dziwnego, że przyszło do powstania lewostronnego wodonercza, a nawet roponercze łatwo mogłoby znaleźć wytłumaczenie. W warunkach tych samo usunięcie kamienia pęcherzowego musiało doprowadzić do fatalnego zejścia. Już nawet sama kamica pęcherzowa przy kamieniach znacznych rozmiarów daje stosunkowo duży odsetek śmiertelności. Jeżeli jednak kamica ta, przy bardzo złym stanie ogólnym chorego, stanowić ma, jak chcą niektórzy, przeciwwskazanie do leczenia operacyjnego, to leczenie zachowawcze w tych przypadkach z góry uważać można za bezcelowe. Pozostawienie cewnika na stałe, płukanie pęcherza, podawanie antyseptyków moczowych nie mogą poprawić stanu chorego z ogólnym zakażeniem moczowym i rozpoczynającą się mocznicą. Jak długo kamień tkwi w pęcherzu, tak długo nie ma widoków na cofnięcie się toczącej się w nim sprawy zapalnej i poprawy stanu nerek. Z tego też powodu uważaliśmy zabieg w naszym przypadku za zupełnie uzasadniony.

PIŚMIENNICTWO:

Lichtenberg, Wildbolz: Handb. d. Urologie. *Legueu:* Traité d'urologie. *Israel:* Arch. f. klin. Chir. T. XI. S. 584. *Rowsing:* Ztbl. f. urol. Chir. T. XII. Z. 3/4. *Fedorow:* Ztr. f. Urol. 1922. T. XVI. S. 56. *Morson:* Urolog. Rev. T. 38. 1934., Ref. Ztrorg. f. Chir. T. 67. S. 143. *Randall:* Journ. of urol. 1921., T. V. S. 119. *Papin:* Bull. Soc. Nat. de Chir. T. 57. 1931. *Tardo:* Ref. II. Intern. Congr. d'urologie. 1924. Ztrorg. f. Chir. T. 31. S. 565. *Rydygier:* Pol. Przegl. Lek. Nr. 11. S. 168. 1902. *Groeschel:* Amer. Journ. of Roentg. T. VIII. 1921. in Kirschner, Nordmann: Chirurgie. T. VI. S. 514. *Küttner:* Mitteil. XXXII. Kongr. Dtsch. Chir. 1903. S. 193. *Rosenbaum:* Ztrbl. f. Chir. Nr. 40. 1933.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpit. im. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator *Dr Jerzy Jasieński.*

Przypadek krwiaka okołonerkowego powstałego spontanicznie u krwawca

podała

Dr Jadwiga Beaupré.

Wylew krwi do tkanki tłuszczowej okołonerkowej, powstały nie pod wpływem urazu, lecz spontanicznie, stanowi oddawna dokładnie znaną jednostkę chorobową („apoplexia renum", „haematoma perirenale" — *Wunderlich).* Tego rodzaju, względnie raczej stopnia, krwawień nie spotykamy w żadnym z innych narządów, mimo to jednak schorzenie rzadko było rozpoznawane klinicznie. Przyczyną krwawienia bywały zwykle te same czynniki, które prowadzą do krwawień nerkowych. Podręczniki mówią o pierwotnej postaci schorzenia, wywołanej już to przez przewlekłą, już też przez ostrą ropną sprawę zapalną toczącą się w nerce, względnie przez krwawiączkę, i o postaci wtórnej, powstałej wskutek uszkodzenia ściany jednego z naczyń nerkowych przez nowotwór lub gruźlicę. W zupełnie wyjątkowych wreszcie, znanych z piśmiennictwa przypadkach przyczyną krwawienia było pęknięcie tętniaka tętnicy nerkowej lub miażdżyca naczyń nerkowych, względnie też nie udało się ustalić przyczyny krwawienia. Jeśli o pierwotną postać krwiaków okołonerkowych chodzi, to, zdaniem *Strümpla,* przewlekłe zapalenie nerek nie tylko może być przyczyną krwawienia wskutek słabości ścian naczyń i nadciśnienia, spotykanych często u tych chorych, lecz w przypadkach tych powstać również może pewnego rodzaju skaza krwotoczna.

Krwawienie do tkanki okołonerkowej w przebiegu skazy krwotocznej nie należy do powikłań częstych. Znalazłam w dostępnym mi piśmiennictwie siedem tego rodzaju przypadków, w których chodziło bądź o krwawiączkę prawdziwą, bądź też o wrzekomą. Nasz przypadek byłby więc ósmy z rzędu.

Jak wiadomo, rozróżniamy dziś prawdziwą krwawiączkę, cechującą się opóźnieniem czasu krzepnięcia krwi przy zbliżonym do normalnego czasie krwawienia, od krwawiączki wrzekomej („pseudohemofilia", „hemofiloidia", „hemogenia", „mała hemofilia nabyta" — autorów francuskich), przy której przedłużony jest czas krwawienia, a opóźnienie czasu krzepnięcia bywa zwykle nieznaczne. Pierwsza z nich jest uważana za chorobę krwi, druga — za chorobę naczyń. Obydwie zresztą postacie nie wykluczają się bynajmniej wzajemnie i mogą być spotykane równocześnie, możnaby więc mówić o postaci mieszanej.

W większości ogłoszonych przypadków krwiaków okołonerkowych u krwawców nie oznaczono czasu krwawienia i krzepnięcia krwi, ani też nie badano objawu opaskowego. Rozpoznano krwawiączkę opierając się wyłącznie na wywiadach i przebiegu klinicznym sprawy, to też niepodobna dziś rozstrzygnąć którą z jej postaci należałoby właściwie brać w rachubę. *Traum* twierdzi, że tylko w czterech przypadkach: *Löwena, Rickera, Bollaga* i własnym chodziło o prawdziwą krwawiączkę.

Rozpoznanie krwiaka okołonerkowego tylko w przypadkach, w których mamy do czynienia z wielkim wylewem krwawym, wobec szybkości zjawiania się guza i zwłaszcza rychłego występowania podbiegnięcia krwawego okolicy lędźwiowej

i moszny, nie nastręcza większych trudności. W innych — niejednokrotnie już popełniano błędy rozpoznawcze. Kilku z tych chorych operowano z rozpoznaniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, mimo iż w przypadkach krwiaków okołonerkowych przy krwawiączce leczenie operacyjne jest bezwzględnie przeciwwskazane.

W przypadku *Rickera* (1911) zmarł po operacji ze skrwawienia jedenastoletni chłopiec, który zachorował nagle wśród objawów przypominających ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i był operowany z rozpoznaniem ropnia okołokątniczego.

W przypadku *Löwena* (1912) u dwudziestoletniego chorego z rodziny krwawców, skierowanego do szpitala z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, rozpoznano krwotok zaotrzewnowy i nie zdecydowano się na operację; chory ten zmarł po 12 godzinach.

W przypadku *Bollaga* (1920) operowano dwudziestojednoletniego krwawca z rozpoznaniem rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Chory zmarł w 5 godzin po zabiegu. *Bollag* przyjmuje, że źródłem krwawienia był sąsiadujący z nerką odcinek mięśni lędźwiowych.

W przypadku *Trauma* (1929) rozpoznano krwawienie pozaotrzewnowe u 29-letniego krwawca. Czas krzepnięcia po przeprowadzonym pierwszym przetoczeniu krwi wynosił 19 minut. Wobec narastających objawów otrzewnowych musiano otworzyć jamę brzuszną, usunąć skrzepy krwi i tamponować ranę, nie znaleziono bowiem miejsca krwawienia. Tylko dzięki dwukrotnym jeszcze przetaczaniom krwi i podawaniu nateiny udało się uratować chorego. Mimo jednak ustania krwawień, poprawy stanu ogólnego i obrazu krwi, czas krzepnięcia krwi przedłużył się u chorego znacznie, bo do dwu godzin 15 minut.

W przypadku *Coenena* (1910) niewłaściwie rozpoznano guz lewej nerki; chory zmarł w kilkanaście godzin po odsłonięciu nerki, w której stwierdzono nieznaczne tylko śródmiąższowe zmiany zapalne.

W przypadku *Schloessmanna* (1920) 18-letni krwawiec z krwiakiem zaotrzewnowym zmarł w czasie przygotowywania do transfuzji.

Wreszcie w przypadku *Lichtschlaga* (1922), w którym na podstawie wywiadów krwawiączkę udało się wykazać w czterech generacjach, stwierdzono na sekcji obok pęknięcia torebki obecność niewielkiego ropnia nerki.

Do tych nielicznych znanych z piśmiennictwa doniesień dołączyć możemy przypadek własny, spostrzegany w ostatnich czasach.

Chory lat 39, przyjęty do szpitala w piątym tygodniu trwania choroby, podawał, że choroba rozpoczęła się nagle, wśród zupełnego zdrowia, podczas pracy, gwałtownym bólem w prawej okolicy lędźwiowej. Bóle i wysoka gorączka utrzymywały się w ciągu dwu tygodni i ustępowały stopniowo. Ostatnio nie gorączkuje i miewa tylko nieznaczne pobolewania w prawej okolicy lędźwiowej. W dzieciństwie przebył zapalenie lewego stawu biodrowego, po którym pozostało usztywnienie stawu. Chory podawał wreszcie, że od dzieciństwa po najdrobniejszym nawet skaleczeniu krwawi bardzo długo i silnie, a każde przypadkowe stłuczenie powoduje występowanie sińców i obrzęku stawów. Podobną skłonność do krwawień mieli również matka i brat chorego.

Chory wzrostu średniego, miernie odżywiony, posiadał skórę z odcieniem blado-ziemistym. Ciepłota ciała normalna, tętno nie przyśpieszone; ciśnienie krwi 130/90 RR. W narządach klatki piersiowej nie stwierdzono większych odchyleń od normy. Brzuch i obydwie okolice lędźwiowe były wysklepione prawidłowo. Po prawej stronie brzucha wyczuwało się guz wielkości głowy dziecka, spoistości elastycznej, o powierzchni gładkiej. Guz bez ścisłych granic przechodził w otoczenie; w górze gubił się pod prawym łukiem żebrowym, ku przodowi sięgał mniej więcej do przedłużenia przedniej linii pachowej, tylna zaś i dolna granice guza były niewyraźne. Przy ba-

daniu dwuręcznym brzucha i okolicy lędźwiowej prawej wyczuwalny opór sprawiał wrażenie guza nerki. Stwierdzono ponadto nieznaczną bolesność uciskową guza.

W moczu o oddziaływaniu kwaśnym stwierdzono ślad białka, w osadzie zaś pojedyncze leukocyty i krwinki, nieliczne nabłonki dolnych dróg moczowych i smugi śluzu. Zdjęcie rentgenowskie wykazało, że nerka lewa jest prawidłowo ułożona, posiada normalny kształt i wielkość; natomiast cień nerki prawej przysłania cień dużego guza, zajmującego całe podżebrze. Urografia dożylna wykazała znacznie wyraźniejsze obrysy górnych odprowadzających dróg moczowych strony lewej niż prawej (rys. 1). Przy wzierni-



Rys. 1.

kowaniu pęcherza nie stwierdzono żadnych zmian na śluzówce; obydwa ujścia moczowodów przedstawiały się zupełnie prawidłowo, kurczyły się i wydalały mocz czysty, a barwik w jednakowym czasie. Wprowadzono cewnik do prawego moczowodu bez przeszkód. Prawostronna pyelografia wstępująca wykazała wyraźne zniekształcenie miedniczki i kielichów (rys. 2); miedniczka ta dość znacznie rozszerzona przechodziła lejkowato w rozszerzoną górną część moczowodu. Cień miedniczki wydawał się świadczyć o nieznacznym przemieszczeniu nerki prawej w kierunku ku górze. Uzyskany obraz mówił o rozszerzeniu górnych odprowadzających dróg moczowych, o stanie poprzedzającym wodonercze, wywołanym przez ucisk wywierany na moczowód na poziomie III kręgu lędźwiowego przez duży guz, znajdujący się poniżej nerki. Przy prześwietle-



Rys. 2.

niu przewodu pokarmowego (rys. 3) okazało się, że wyczuwalny w brzuchu bolesny opór pozostaje w związku z tylną ścianą kątnicy i okrężnicy wstępującej, nie wychodzi jednak ze ściany kiszki.



Rys. 3.

We krwi stwierdzono 5,680,000 ciałek czerwonych i 10,000 białych, 110% Hb.; wskaźnik wy-

nosił 0,98. Biały obraz krwi przedstawiał się następująco: leukocytów wielojądrzastych 56%, pałeczkowych — 2%, limfocytów — 24%, jednojądrzastych — 8% i kwasochłonnych 7%. Ilość płytek krwi wynosiła 64,850; czas krwawienia — 11 minut; początek czasu krzepnięcia po 28 minutach, koniec — po 95 minutach. Szybkość opadania czerwonych ciałek była prawidłowa (po 1 godz. — 7, po 2 godz. — 11).

Leczenie polegało na leżeniu w łóżku i zachowaniu zupełnego spokoju. Chory otrzymał ponadto kilka wstrzyknięć cebionu i przyjmował chlorek wapnia per os. Guz zmniejszał się stopniowo i zniknął po 8 tygodniach. Badanie krwi przeprowadzone w dniu opuszczenia przez chorego szpitala wykazało prawidłowy czas krwawienia (6 minut), opóźniony czas krzepnięcia (początek po 22 minutach) i zwiększenie się ilości płytek do 106,058. We krwi stwierdzono 100% Hb., a wskaźnik wynosił 1,1.

Mieliśmy w tym przypadku do czynienia ze spontanicznie powstałym krwiakiem okołonerkowym przy prawdziwej krwawiączce. Nie obserwowaliśmy chorego w chwili wystąpienia krwawienia, powstałego bez uchwytnej zewnętrznej przyczyny. Wiemy, że niektórzy autorzy kwestionują możliwość występowania samoistnych krwotoków przy krwawiączce i skłonni są uważać je raczej za krwawienia opóźnione, zjawiające się w tydzień lub więcej po obrażeniu nawet tak lekkim, iż ujść ono mogło uwadze krwawca. Na podstawie zebranych wywiadów nie jesteśmy w stanie wydać właściwego sądu o czasie trwania krwawienia i rozmiarach krwiaka. Wobec stanu przedmiotowego stwierdzonego w piątym tygodniu choroby, wobec tego że chory nie był w międzyczasie leczony, wreszcie wobec pomyślnego zejścia sprawy przyjąćby jednak należało, że krwawienie w tym przypadku, w odróżnieniu od pozostałych znanych z piśmiennictwa, było stosunkowo nieznaczne i ustało rychło. Wiedzieliśmy naogół dotychczas, że tego rodzaju krwawienia u krwawców powstają łatwo i są trudne do opanowania, że powodują utratę dużej ilości krwi i mogą zagrażać życiu wskutek skrwawienia; większość bowiem znanych z piśmiennictwa przypadków nie tylko niewłaściwie, lecz i właściwie rozwiązanych, zakończyła się śmiercią. Wiemy, że krwotoki krwawiączkowe przebiegiem swym różnią się zasadniczo od innych krwawień. Jeśli bowiem znaczna utrata krwi do tkanek prowadzi do omdlenia, które ratuje doraźnie życie choremu, gdyż wskutek gwałtownego spadku ciśnienia krwi krwawienie ustaje, to jednak po pewnej dłuższej lub krótszej przerwie rozpoczyna się ono zwykle na nowo i wszystkie środki jakimi rozporządzamy, częstokroć nie okazują nań żadnego wpływu; stąd w beznadziejnych przypadkach uciekać się nawet musiano do nierokującego żadnych widoków powodzenia leczenia operacyjnego. Wiemy też, że krwiaki u krwawców wchłaniają się niezwykle trudno i bardzo powoli, że w związku z tym mogą być one przyczyną szeregu poważnych powikłań, związanych jużto z długotrwałym uciskiem wywieranym przez krwiak na narządy sąsiednie, jużto z samym zejściem krwiaka; opisywano między innymi zarówno przebicie skóry i samoistne opróżnienie się krwiaka, któremu towarzyszył zwykle znaczny krwotok, jak i jego zropienie.

Łagodny przebieg i pomyślne zejście naszego przypadku świadczą o tym, że również przy krwiakach okołonerkowych w przebiegu krwawiączki możliwe jest samowyleczenie sprawy, że więc obok ciężkich, istnieją również łagodne postacie krwawiączki i występujący w ich przebiegu krwotok wewnętrzny, mimo nawet znacznego opóźnienia czasu krzepnięcia, może nie wymagać właściwie szczególnego leczenia. Skłonić to winno do bardziej krytycznej oceny skuteczności różnorodnych środków leczniczych, do zastanowienia się nad tym, czy opisany pomyślny wpływ tych czy innych preparatów nie dotyczył właśnie tego rodzaju przypadków — ergo czy wpływ ten nie został oceniony niewłaś-

ciwie. Przypadek ten inne nasuwa jeszcze refleksje. Chory został skierowany do szpitala z rozpoznaniem nacieku okołowyrostkowego i mówił o swej skłonności do krwawień dopiero wprost o to zapytany po pewnym czasie. Należałoby stąd częściej zbierać wywiady w kierunku krwawiączki i częściej badać krzepliwość krwi chorych, niż to się dzieje dotychczas.

PIŚMIENNICTWO

1). *Bollag.* Ein Fall von Massenblutung ins Nierenlager bei Hämophilie. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 152, 1920. 2) *Coenen.* Das perirenale Hämatom, — Bruns Beitr., 120, 1910. 3) *Lichtschlag.* Hämophile Massenblutung ins Nierenlager. — Zentralblatt f. Chirurgie, 1922, s. 262. 4) *Löwen.* Uber die sogen. perirenale Hämatom und andere spontane perirenale Massenblutungen. — Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 113, 1912. 5) *Ricker.* Bemerkungen zu den Abhandlungen von Löwen. — Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie, 114, 1912. 6) *Traum.* Über spontane Massenblutungen ins Nierenlager bei Hämophilie. — Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie, 215, 1929. 7) *Schloessmann.* Die Hämophilie. — Neue Deutsche Chirurgie, 1930.

TECHNIKA OPERACYJNA

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.

Technika leczenia złamań kostek podudzia

podał

Dr Tadeusz Sokołowski
Kierownik Instytutu.

Aczkolwiek złamania kostek podudzia zostały opracowane pod względem klinicznym jeszcze przed erą rentgenowską, a nowożytne podręczniki dały szczegółowe opisy wszelkich postaci złamań kostek podudzia, wskazania lecznicze i technika nie zostały ujednostajnione. Spotykamy więc wciąż jeszcze niedostateczne wyniki leczenia, pomimo że do uzyskania dobrego wyniku, nawet w przypadkach złożonych złamań kostek, wystarczy prócz gipsu zwykła podpórka pod dół podkolanowy, a do kontroli rentgenowskiej nie potrzeba aparatu przenośnego, ponieważ po nałożeniu opatrunku można przenieść chorego i wykonać zdjęcia w pracowni stałej.

Rozpoznanie złamania kostek podudzia opiera się na analizie zdjęć, wykonanych w 2 rzutach: ściśle przednio - tylnym i ściśle bocznym. Musimy wiedzieć, że na zdjęciach prawidłowych (rys. 1 i 2) w rzucie przednio - tylnym:

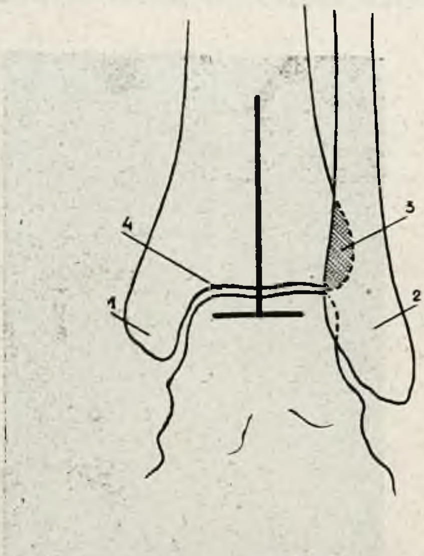
1) widełki kostek ujmują szczelnie kość skokową,
2) oś piszczela jest ustawiona pod kątem prostym do górnej płaszczyzny kości skokowej.

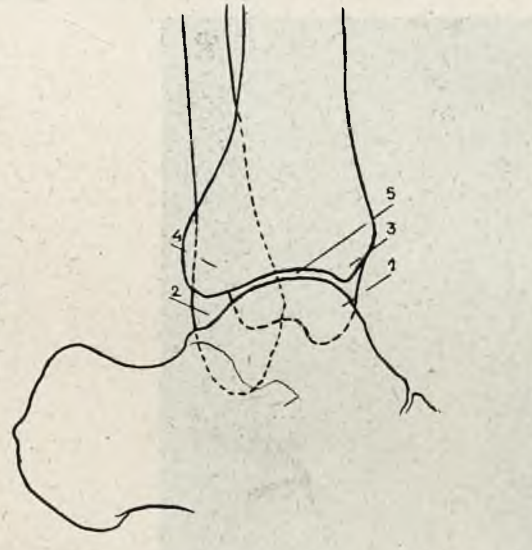
Na zdjęciach prawidłowych w rzucie bocznym:

1) zarys powierzchni stawowej piszczela przylega prawidłowo do kości skokowej (bez przemieszczenia k. skokowej do przodu lub do tyłu),
2) zarysy kostki przyśrodkowej oraz obu krawędzi (tylnej i przedniej) dolnej nasady piszczela nie wykazują zmian.

W odniesieniu do prawidłowych zdjęć w rzucie przednio - tylnym musimy zwrócić

uwagę jeszcze na jeden szczegół — różny stopień nakładania się zarysów kostki bocznej i piszczela. Jak wiadomo, kostka boczna przylega w tym miejscu do odpowiedniego wcięcia piszczela (incisura fibularis tibiae). Jednak i na prawidłowych





Rys. 1. Schemat zdjęcia prawidłowego stawu skokowego w rzucie przednio-tylnym: 1. kostka przyśrodkowa, 2. kostka boczna, 3. cień powstały wskutek nakładania się kostki bocznej i piszczela, 4. szpara stawowa.

Rys. 2. Schemat zdjęcia prawidłowego stawu skokowego w rzucie bocznym: 1. kostka przyśrodkowa, 2. kostka boczna, 3. przednia krawędź piszczela, 4. tylna krawędź piszczela, 5. szpara stawowa.



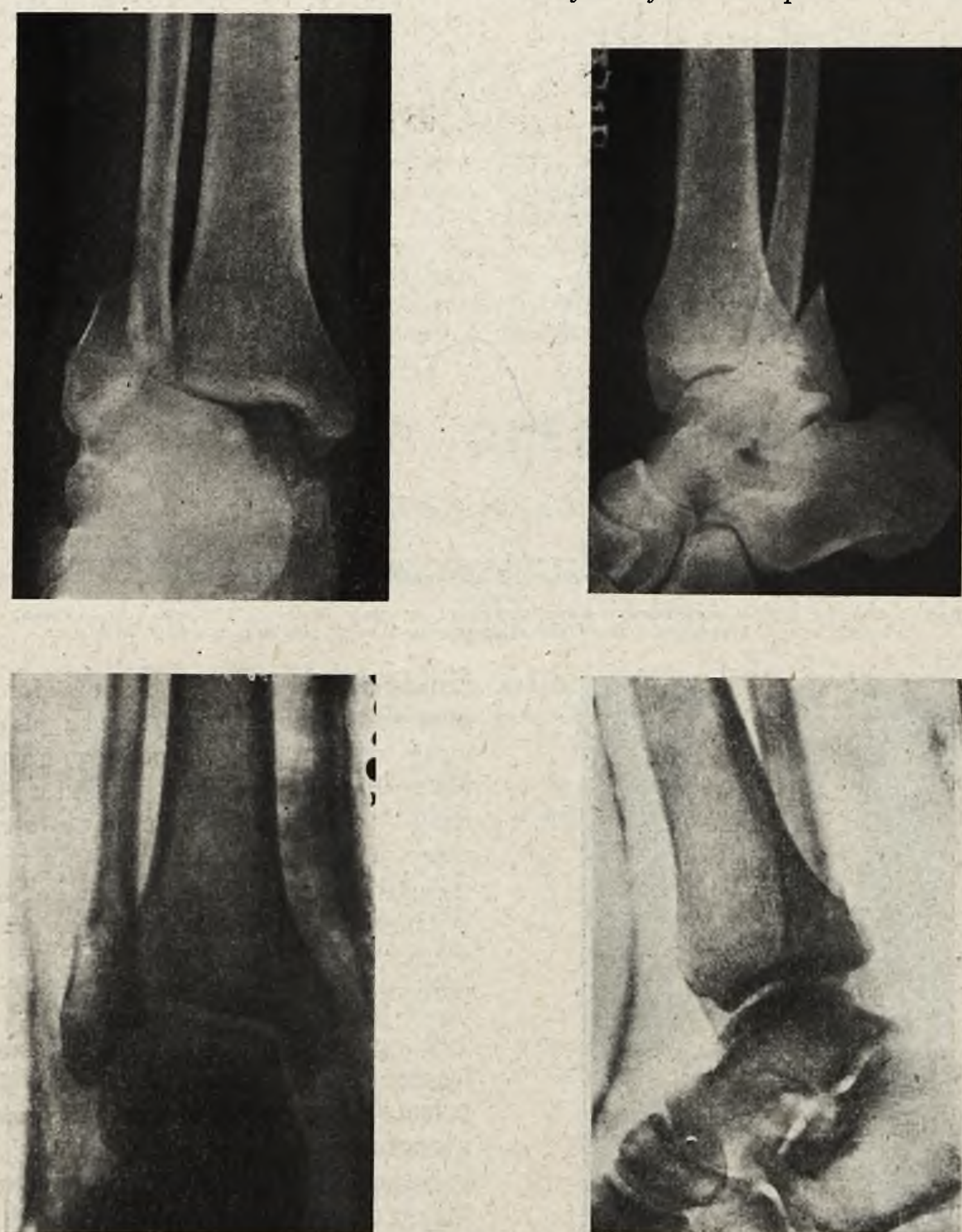
Rys. 3. Zdjęcie prawidłowego stawu skokowego, rzut przednio-tylny. Widać nietypowy cień rowka piszczela (incisura fibularis tibiae). Zazwyczaj kostka boczna na zdjęciu nakłada się całkowicie na piszczel. Są przypadki, gdzie to pozorne rozejście się więzozrostu u osób zdrowych, które nie przechodziły urazu, zaznacza się na obu kończynach jeszcze więcej.

rentgenogramach w rzucie przednio - tylnym widać nieraz zarys rowka piszczela: może to prowadzić do mylnego rozpoznania rozdarcia połączenia strzałki z piszczelem — więzozrostu piszczelowo - strzałkowego. Tymczasem, jak wykazują codzienne spostrzeżenia, obraz jak na rys. 3, spotykamy w sporym odsetku zdjęć prawidłowych. W razie wątpliwości należy zrobić porównawcze zdjęcie strony zdrowej.

W pracy niniejszej przedstawiam wyłącznie technikę leczenia złamań kostek podudzia powikłanych przemieszczeniem powierzchni stawowych stawu skokowego górnego. Złamania kostek niepowikłane nie wymagają omówienia; pomoc doraźna polega w tych razach na unieruchomieniu za pomocą szyny, a dalsze postępowanie po ustąpieniu obrzęku i bolesności, na nałożeniu szczelnego opatrunku gipsowego marszowego, ujmującego stopę i podudzie. Leczenie jest tu w zasadzie analogiczne do

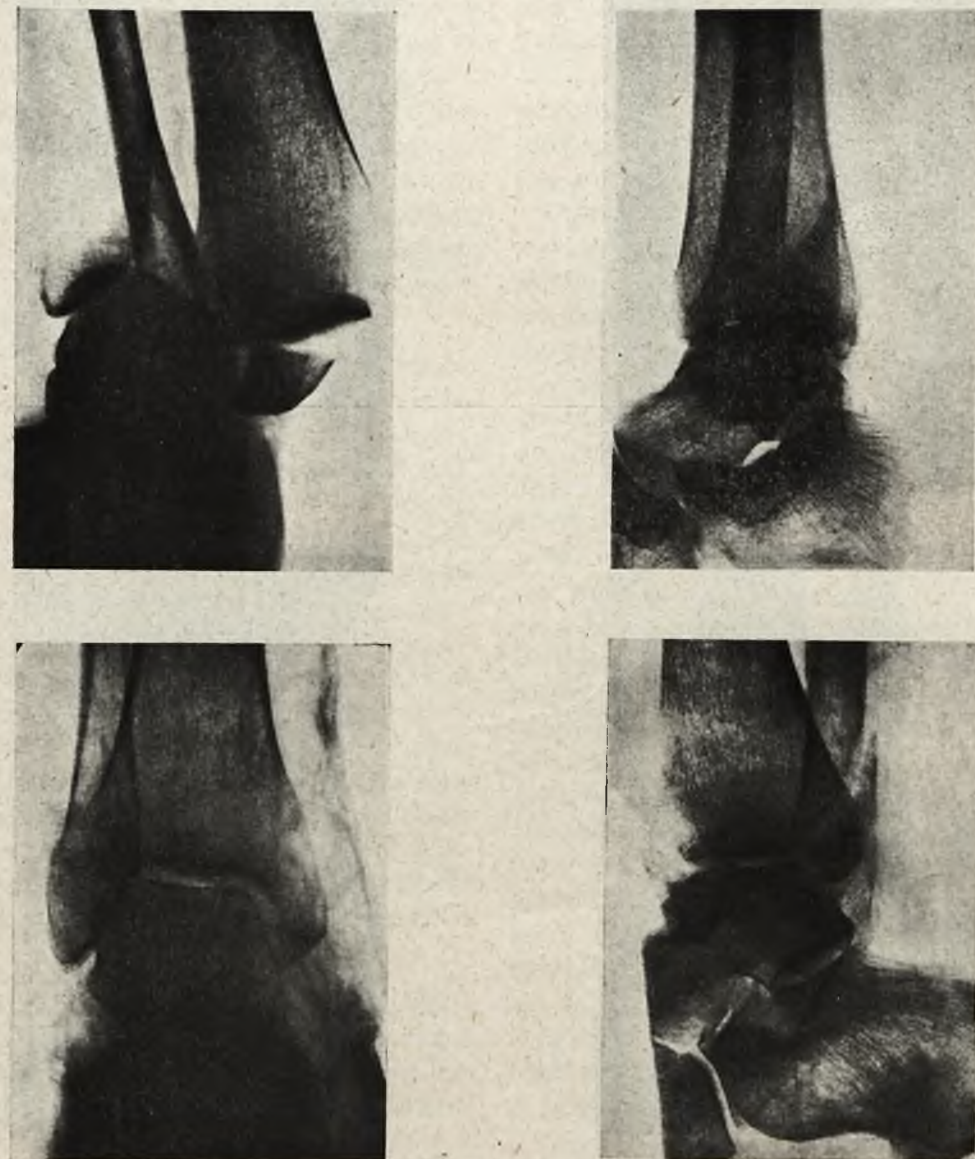
leczenia zwykłych naderwań więzadeł (distorsio).

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa w przypadkach z przemieszczeniem odłamków i jednoczesnym przemieszczeniem kości skokowej, tj. w przypadkach zwichnięcia stawu skokowego górnego. Tutaj nienastawienie złamania, wzgl. nieutrzymanie nastawionego złamania prowadzi do złych wyników w postaci zniekształceń i ciężkich zaburzeń statyki, którym towarzyszą przewlekłe obrzęki oraz bóle wskutek przewlekłych zmian zapalnych stawu.



Rys. 4. Złamanie kostki bocznej z nadwichnięciem kości skokowej, kostka przyśrodkowa utrzymana. Więzozrost utrzymany. Nastawienie doraźne, po tygodniu definitywne nastawienie.

Najczęstsze zwichnięcia (wzgl. nadwichnięcia) stawu skokowego górnego, które towarzyszą złamaniom kostek, to zwichnięcie boczne i tylne. Zwichnięcia te występują albo w czystej postaci zwichnięcia bocznego, albo w postaci mieszanej — jednoczesnego zwichnięcia bocznego i tylnego. Zwichnięcie boczne widujemy zarówno w złamaniu samej tylko kostki bocznej, jakoteż w jednoczesnym złamaniu obu kostek (rys. 4 i 5). W pierwszym wypadku rozdarciu ulegają więzadła przyczepiające się do kostki przyśrodkowej, w drugim oderwaniu ulega kostka, a więzadła utrzymują się częściowo lub całkowicie. W przypadku tylnego zwichnięcia kość sko-



Rys. 5. Złamanie obu kostek podudzia z całkowitym zwichnięciem bocznym kości skokowej. Więzozrost utrzymany całkowicie. W rzucie bocznym widać mały odszczep tylnej krawędzi piszczela bez przemieszczenia. Przypadek nastawiony w godzinę po wypadku, nastawienie utrzymane bez zmiany opatrunku.



Rys. 6. Złamanie obu kostek podudzia ze złamaniem tylnej krawędzi piszczela i zwichnięciem tylnym kości skokowej. Jest to czysty typ zwichnięcia tylnego. Nastawienie anatomiczne uzyskano dzięki zgięciu grzbietowemu stopy.

kowa odłamuje zawsze tylną krawędź dolnej nasady piszczela (rys. 6). W rzadkich przypadkach zwichnięcia przedniego prócz kostek złamaniu ulega przednia krawędź dolnej nasady piszczela.

W przypadkach świeżych złamań kostek, powikłanych zwichnięciem stawu skokowego górnego, postępowanie polega na natychmiastowym odprowadzeniu zwichnięcia. Nastawienie to wykonywamy z re-

guły w znieczuleniu ogólnym (sennarkol lub chlorek etylu); nienastawienie doraźne zwichnięcia, jak zresztą zwichnięcia każdego stawu, może utrudnić, a niekiedy nawet uniemożliwić późniejszą repozycję. Nastawienie świeżego zwichnięcia stawu skokowego górnego jest niezmiernie łatwe — należy po prostu pociągnąć stopę, ujmując jedną ręką piętę, drugą grzbiet stopy. Pamiętać musimy jednak, że w każdym przypadku należy nastawiać w zgięciu kończyny pod kątem prostym w stawach biodrowym i kolanowym w celu rozluźnienia mięśni łydki.

W Instytucie Chirurgii Urazowej nastawiamy te zwichnięcia na stole opatrunkowo-wyciągowym, używając podpórki wmontowanej w stół (p. „Chirurg Polski" Nr. 2/36 str. 70-71). W odróżnieniu od zwichnięcia stawu skokowego dolnego oraz innych dużych stawów, jak łokciowego lub barkowego, zwichnięcia stawu skokowego górnego nie dają oporu sprężystego, a po wykonaniu repozycji mają dużą skłonność do ponownego zwichnięcia; w przypadkach tych możemy niekiedy przesuwać stopę z pozycji zwichnięcia do ustawienia prawidłowego i z powrotem. To też treścią leczenia tych zwichnięć jest nałożenie takiego opatrunku, który zapobiega całkowicie ponownemu przemieszczeniu kości skokowej.

W każdym złamaniu i zwichnięciu dążymy podczas nastawiania i po nastawieniu do takiego ustawienia stawów, które daje równowagę mięśniową, tj. znosi działanie antagonistyczne mięśni, ponieważ tylko w takim ustawieniu utrzymanie odłamków wzgl. powierzchni stawowych odbywa się bez przymusu. W zwichnięciach stawu skokowego górnego uzyskujemy pożądaną równowagę mięśni za pomocą ustawienia stawów biodrowego i kolanowego pod kątem prostym. Tylko wówczas możemy ustawić stopę bez napięcia w pozycji prawidłowej, tj. pod kątem prostym do piszczela.

Ustawienie stopy w pozycji końskiej prowadzi do przykurczenia ścięgna Achillesa i jest specjalnie niekorzystne w przypadkach złamania tylnej krawędzi piszczela. Ustawienie szpotawe stopy, poza możliwością przykurczeń, zwiększa odległość pomiędzy fragmentami rozdartych więzadeł bocznych.

Postępowanie nasze w złamaniach kostek podudzia powikłanych zwichnięciem, składa się z dwóch etapów: 1) nastawienia doraźnego i nałożenia opatrunku gipsowego prowizorycznego, oraz 2) nałożenia szczelnego opatrunku marszowego z ewent. poprawką ustawienia. Postępowanie dwuczasowe jest konieczne ze względu na dołączający się do tych złamań obrzęk miejscowy. Jeżeli otrzymujemy chorego wkrótce po złamaniu, a obrzęk jest jeszcze mało zaznaczony, mamy najkorzystniejsze warunki; w tych przypadkach, nastawiając natychmiastowo i nakładając odrazu szczelny opatrunek gipsowy, zapobiegamy wystąpieniu większych obrzęków. Mieliśmy szereg przypadków świeżych, w których po nastawieniu zwichnięcia nakładaliśmy odrazu szczelny opatrunek bez podściółki i nie zachodziła potem potrzeba zmiany opatrunku. W przypadkach, które dostają się do naszych rąk po upływie 6 — 12 godzin, mamy już zazwyczj do czynienia z dużym obrzękiem, aczkolwiek i tu nastawienie nie sprawia żadnych trudności.

Jeżeli jednak otrzymujemy przypadek z nieodprowadzonym zwichnięciem dopiero po upływie 7 — 10 dni, wówczas nastawienie bywa niekiedy tak trudne, że udaje się dopiero w kilku etapach. W kilku takich przypadkach stosowaliśmy nawet do nastawienia wyciąg śrubowy, chwytając kość piętową klamrą.

Po pociągnięciu stopy zniekształcenie znika, ale do całkowitego usunięcia prze-

mieszczenia kości skokowej, a szczególnie do utrzymania nastawienia w opatrunku należy zastosować sposób, który ilustruje rys 7. Opieramy stopę o pierś utrzymując stopę pod kątem prostym i dbając zarazem, by nie ustawić jej ani koślawo, ani szpotawo. W tym ustawieniu nakładamy na podudzie i część podeszwy tylny longet gipsowy, po czym nakładamy opaski okrężne, ujmując w gips podudzie i staw skokowy. Teraz wykonujemy repozycję: naciskamy jedną dłonią kostkę boczną, drugą zaś uciskamy i modelujemy gips dzie pomocnikowi, który trzyma kończynę nadal w zgięciu w stawach kolanowym i biodrowym, i kładziemy tylny longet gipsowy na udo, dół podkolanowy i część podudzia, po czym kończymy opatrunek zwojami okrężnej opaski gipsowej, ujmując w ten sposób w gips kolano i ⅔ uda. Występy kłykci modelujemy dokładnie. Przy takim postępowaniu dolna część trzonu oraz nasada piszczela wraz z kostką przyśrodkową uzyskują oparcie na szerokiej powierzchni; ucisk jest rozłożony i nie ogranicza się do okolicy kostki przyśrodko-



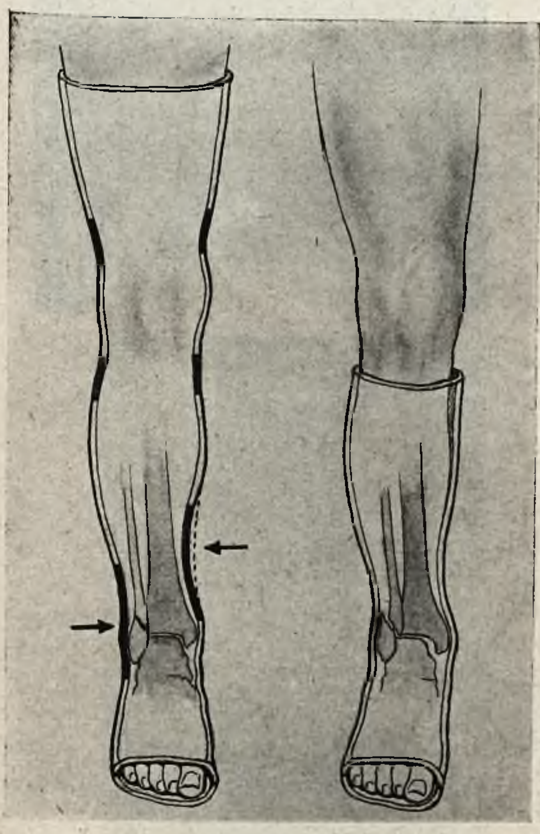
Rys. 7. Technika nastawiania zwichnięcia bocznego kości skokowej.

przylegający do dolnej nasady piszczela po stronie przyśrodkowej Należy użyć gipsu szybko twardniejącego. Po stwardnieniu gipsu przedłużamy opatrunek na stopę, modelując dokładnie sklepienie. Następnie usuwamy podpórkę dołu podkolanowego i przedłużamy opatrunek gipsowy, ujmując w gips kolano i udo. Kostkę boczną osłaniamy uprzednio płatkiem cienkiego filcu, który przyklejamy mastisolem do skóry (zamiast filcu można użyć 2 płatków flaneli), a pod dół podkolanowy podkładamy poduszeczkę z waty. Do przedłużenia opatrunku na udo oddajemy zagipsowane podu-

wej. Ujęcie kolana i uda w opatrunek z wymodelowaniem kłykci k. udowej i piszczela zapobiega przemieszczeniu wtórnemu po rozluźnieniu się gipsu (rys. 8). Nałożyliśmy w ten sposób sto kilkadziesiąt opatrunków i przekonaliśmy się, że dopiero taki opatrunek gwarantuje utrzymanie odprowadzonego zwichnięcia, stosowany natomiast powszechnie opatrunek gipsowy, ujmujący tylko podudzie i stopę nie zabezpiecza przed wtórnym przemieszczeniem, szczególnie jeżeli chory zaczyna chodzić.

Jeśli mamy do czynienia z jednoczes-

nym zwichnięciem bocznym i tylnym, postępowanie różni się tym tylko, że po pociągnięciu stopy (zawsze w ustawieniu stawu biodrowego i kolanowego pod kątem prostym), które usuwa zwichnięcie tylne, nastawiamy zwichnięcie boczne w opatrunku gipsowym jak wyżej, dbając o to, by podczas tego aktu podtrzymywać



Rys. 8. Schemat działania opatrunku gipsowego, ujmującego stopę, podudzie i udo w przypadku zwichnięcia bocznego kości skokowej. Miejsca, w których wymodelowano opatrunek gipsowy, zaznaczone czarno.
Rys. 8a. Schemat wadliwego działania rozluźnionego opatrunku, ujmującego tylko stopę i podudzie.

piętę, tj. nie dopuszczać do ponownego przesunięcia się stopy do tyłu. Odłamana i przesunięta przez kość skokową tylna krawędź piszczela układa się na miejsce właściwe pod warunkiem całkowitego rozluźnienia ścięgna Achillesa (ustawienie stawów biodrowego i kolanowego pod kątem prostym!) i ustawienia stopy pod kątem prostym. Niekiedy odprowadzenie anatomiczne odłamanej krawędzi tylnej udaje się dopiero po ustawieniu stopy w lekkim zgięciu grzbietowym. Napięta przy takim ustawieniu tylna torebka stawowa pociąga w dół i przyciska do piszczela odłamany fragment (rys. 6).

W zwichnięciu przednim postępowanie nie nastręcza specjalnych trudności; pociągamy stopę i przesuwamy ją do tyłu, a odłamaną przednią krawędź piszczela wciskamy palcami przez opatrunek gipsowy.

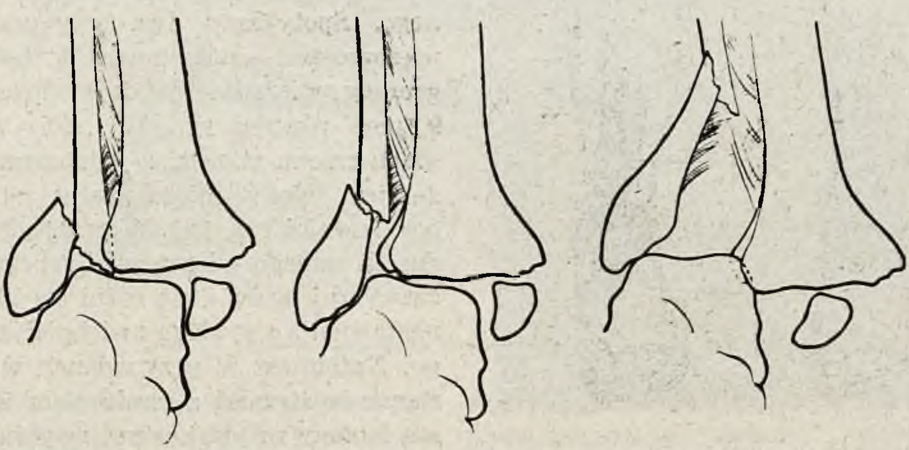
Postępowanie nasze w rozdarciu więzozrostu piszczelowo-strzałkowego zależy od rodzaju uszkodzenia. Do rozdarcia więzozrostu dochodzi w złamaniach kostki bocznej w ogóle tylko wtedy, jeżeli odłamaniu ulega kostka powyżej więzozrostu. Jeżeli kostka boczna ulega odłamaniu na wysokości szpary stawowej (por. rys. 4 i 5), wówczas więzozrost zostaje utrzymany pomimo prawie całkowitego zwichnięcia bocznego. Spotykamy dwa typy uszkodzenia więzozrostu: w złamaniach k. bocznej na granicy więzadła międzykostnego (rys. 9, por. również rys. 10), oraz w złamaniach trzonu strzałki z jednoczesnym rozdarciem błony międzykostnej (rys. 11, por. również rys. 10). W przypadkach rozdarcia samego więzozrostu repozycja jest zazwyczaj łatwa i nie różni się niczym od nastawienia zwykłego zwichnięcia bocznego. Natomiast w przypadkach wysokiego złamania strzałki z rozdarciem więzozrostu i błony międzykostnej zwykła repozycja zawodzi. Z tego względu w takich przypadkach przeszliśmy konsekwentnie do rekonstrukcji za pomocą śruby. Serię takich przypadków oraz technikę tego zabiegu podaliśmy w N-rze 2/37, str. 91 — 94 „Chirurga Polskiego". Oczywiście po ześrubowaniu strzałki z piszczelem nakładamy opatrunek gipsowy, ujmujący szczelnie kończynę wraz z udem.

Bezpośrednio po nałożeniu opatrunku gipsowego sporządzamy pierwsze zdjęcia kontrolne przez gips w dwu rzutach: ści-





Rys. 9. Złamanie obu kostek podudzia z nadwichnięciem bocznym kości skokowej. Rozejście się więzozrostu piszczelowo-strzałkowego. Nastawienie doraźne nie sprawiło trudności; widać zarys opatrunku gipsowego wymodelowanego dokładnie po stronie przyśrodkowej piszczela.

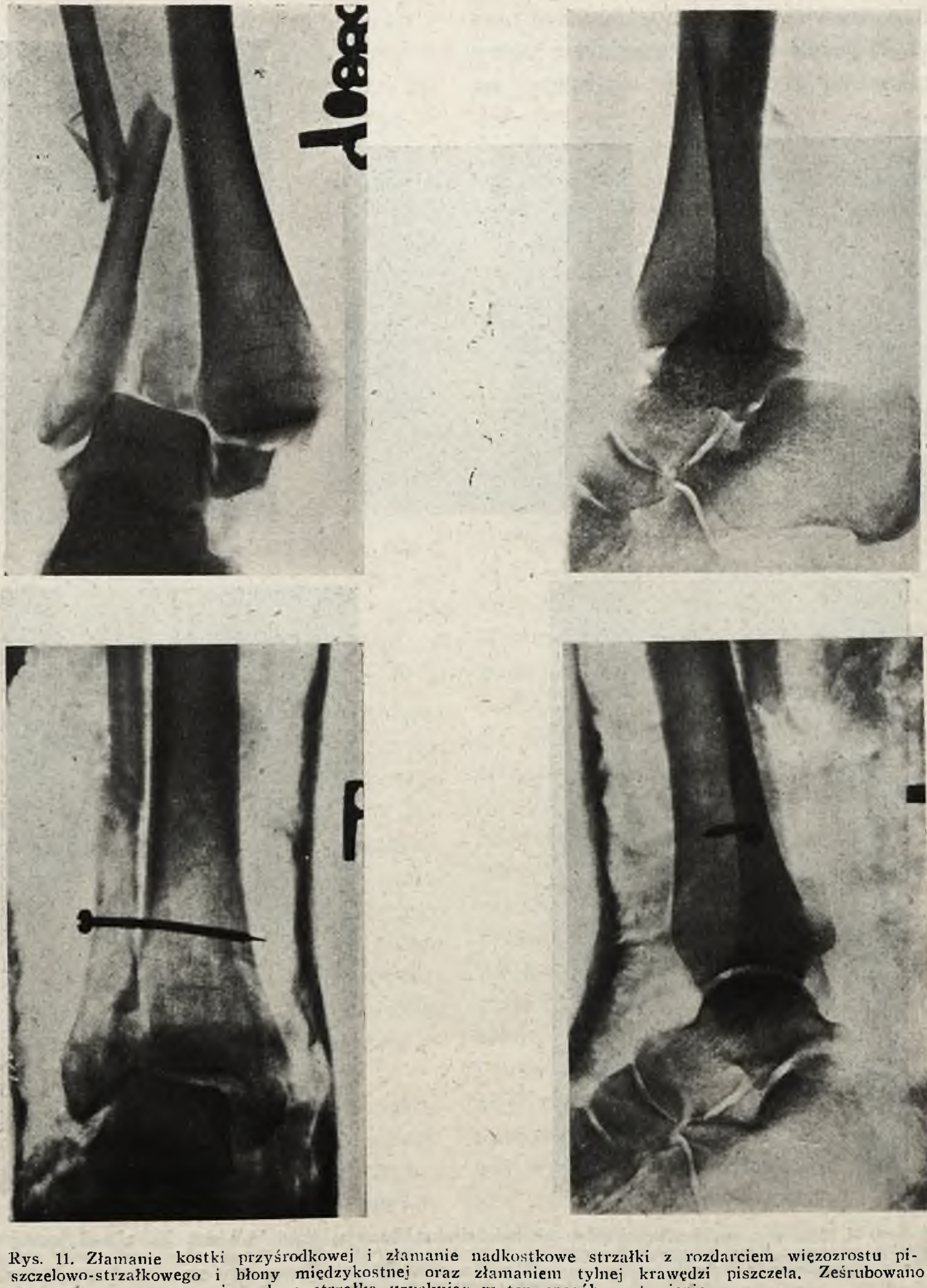


Rys. 10. Schematyczne przedstawienie złamania obu kostek podudzia ze zwichnięciem bocznym kości skokowej: a) Więzozrost utrzymany, ponieważ kostka uległa odłamaniu poniżej więzozrostu. b) Więzozrost rozdarty, lecz błona międzykostna utrzymana, ponieważ kostka boczna uległa odłamaniu tuż poniżej błony międzykostnej. c) Więzozrost i błona międzykostna rozdarte, ponieważ nastąpiło ponadkostkowe złamanie strzałki.

śle przednio-tylnym i ściśle bocznym. Analizując rentgenogramy porównujemy je ze zdjęciami zrobionymi przed nastawieniem i zwracamy uwagę:

1) na zachowanie się widełek kostek,
2) na ustawienie powierzchni stawowej i kości skokowej wobec osi piszczela,
3) na zachowanie się więzozrostu piszczelowo-strzałkowego,
4) na odprowadzenie kostki przyśrodkowej i bocznej,
5) na odprowadzenie krawędzi tylnej, wzgl. przedniej.

Nie udanie się odprowadzenia zwichnięcia tylnego lub przedniego wymaga bez-



Rys. 11. Złamanie kostki przyśrodkowej i złamanie nadkostkowe strzałki z rozdarciem więzozrostu piszczelowo-strzałkowego i błony międzykostnej oraz złamaniem tylnej krawędzi piszczela. Ześrubowano piszczel ze strzałką uzyskując w ten sposób nastawienie.

względnie zdjęcia opatrunku gipsowego i ponownej repozycji. Nie udanie się odprowadzenia zwichnięcia bocznego zdarza się częściej; w razie większych przesunięć zdejmujemy gips i poprawiamy repozycję, jeżeli jednak przemieszczenie boczne kości skokowej jest nieznaczne, odkładamy dokładną repozycję na kilka dni do chwili ustąpienia obrzęku. Takie samo stanowisko zajmujemy wobec niedostatecznej repozycji rozejścia się więzozrostu i więzadła międzykostnego; odkładamy na kil-

ka dni poprawkę i nowy opatrunek gipsowy, wzgl., jeżeli chodzi o rozdarcie błony międzykostnej, odkładamy operację na











Rys. 12. Złamanie obu kostek podudzia ze zwichnięciem bocznym kości skokowej. Na zdjęciu bocznym widać złamanie tylnej krawędzi piszczela bez przemieszczenia. Na zdjęciu bocznym po nastawieniu widać rozstęp pomiędzy odłamaną kostką przyśrodkową a jej podstawą. Wobec tego przybito kostkę. Wynik po zdjęciu opatrunku gipsowego.

5—7 dni, po czym nakładamy szczelny opatrunek gipsowy. Teraz analizujemy z kolei ustawienie odłamanej kostki przyśrodkowej: w razie obecności szerokiej szpary pomiędzy odłamaną kostką a jej podstawą pozostawiamy na razie opatrunek, a dopiero przy normalnej zmianie opatrunku na szczelny przybijamy kostkę do podstawy, po czym nastawiamy definitywnie zwichnięcie i nakładamy szczelny opatrunek gipsowy. (rys. 12). Technika przybicia kostki przyśrodkowej jest

niezmiernie prosta: odsłaniamy kostkę w znieczuleniu miejscowym z cięcia płatowego (o podstawie płata zwróconej do góry) okalającego kostkę przyśrodkową; po usunięciu skrzepów ze szpary złamania przyciągamy odłamek jednym lub dwoma hakami kostnymi jednozębowymi, ustawiając go anatomicznie, po czym oddajemy haki asystentowi i przybijamy kostkę do podstawy cienkim drutem chromoniklowym. Koniec drutu obcinamy tuż przy kostce i zeszywamy ranę skórną cienkim silkiem. Dalszą repozycję i opatrunek gipsowy wykonywamy według podanych wyżej zasad.

Ustawienie odłamanej kostki bocznej sprawia nam najmniej trudności; jeżeli repozycja zwichnięcia jest dobra, nie troszczymy się o pozostałe niewielkie przemieszczenie. Przemieszczenie odłamków kostki bocznej odgrywa rolę wyłącznie w razie złego odprowadzenia zwichnięcia lub złego ustawienia powierzchni stawowej kości skokowej wobec osi piszczela. Zrost złamania kostki bocznej, który następuje z reguły już po kilku tygodniach, utrwala złe ustawienie stopy w razie niedostatecznego nastawienia, tak iż jedynym wyjściem z tej sytuacji może być potem tylko osteotomia. Zrozumiałe jest więc nietylko dążenie do nastawienia zwichnięcia, lecz również unikanie szpotawego ustawienia stopy w opatrunku gipsowym.

Niekiedy dużo kłopotu sprawia nastawienie złamanej tylnej krawędzi piszczela. Zdarza się, że pomimo odprowadzenia zwichnięcia tylnego, odłamek krawędzi ulega przesunięciu do góry: widzimy wówczas na zdjęciu w rzucie bocznym utworzenie się schodka w obrębie linii, w jakiej rzutuje się na zdjęciu bocznym powierzchnia stawowa piszczela. Jeżeli odłamaniu uległ niewielki odszczep krawędzi, nie troszczymy się zbytnio o ten schodek; nie sprawi on żadnych dolegliwości choremu wobec zachowania dużej powierzchni styku płaszczyzn stawowych. Inna sprawa, jeżeli trójkąt odłamanej krawędzi ma dużą podstawę: w takich razach należy dążyć do repozycji anatomicznej, ponieważ nawet małe przesunięcie i mały schodek może sprawić choremu nieznośne dolegliwości przy chodzeniu.

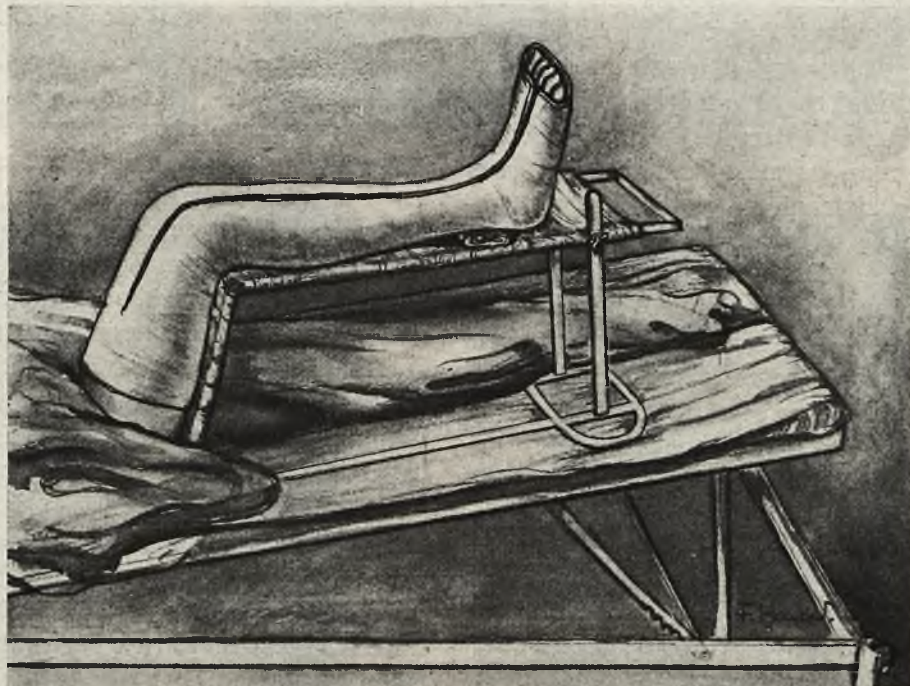
Spostrzegaliśmy podobny przypadek: chora w wieku lat 56 zgłosiła się do Instytutu ze znacznymi dolegliwościami pozostałymi po przebytym przed kilku laty złamaniu kostek. Rentgenogram wykazał przebyte złamanie tylnej krawędzi i wyraźny schodek powstały po przygojeniu się odłamka, przesuniętego nieco do góry. Chora ta jest od szeregu lat pacjentką różnych zakładów przyrodoleczniczych.

W naszym materiale chorych nie spostrzegaliśmy takich następstw, uzyskaliśmy bowiem we wszystkich przypadkach nastawienie anatomiczne lub prawie anatomiczne. W jednym tylko przypadku wykonaliśmy nastawienie krwawe z cięcia podłużnego wzdłuż przyśrodkowego brzegu Achillesa. Odłamana krawędź daje się ściągnąć coprawda w dół hakiem jednozębowym, ale przybicie jej drucikiem jest bardzo kłopotliwe. To też gdybym był zmuszony uciec się do takiej operacji po raz drugi, wybrałbym dostęp od tyłu z przecięciem ścięgna Achillesa. Tylko wtedy można uzyskać szeroki dostęp, ściągnąć hakiem tylną krawędź, wpasować dokładnie odłamek do powierzchni złamania i przybić drucikiem od tyłu. Sądzę jednak, że w razie posługiwania się dobrą techniką nastawiania, zabiegi takie mają mieć jedynie wyjątkowe wskazania. Można by myśleć raczej w takich razach o zepchnięciu odłama krawędzi tylnej w dół pod kontrolą ekranu za pomocą gwoździa Steinmanna, wprowadzonego przezskórnie od tyłu.

Po nałożeniu opatrunku, w przypadkach gdzie spodziewamy się obrzęku, przecinamy odrazu gips, nie rozchylając go narazie, i układamy kończynę na podstawce. W celu przeciwdziałania obrzękowi pourazowemu unosimy ponadto dolną krawędź

łóżka (rys. 13). Chory pozostaje pod ścisłą obserwacją w ciągu kilku pierwszych dni, podobnie jak każdy chory, któremu nałożono opatrunek gipsowy bez podściółki. W razie zaburzeń krążenia rozchylamy stopniowo brzegi rozciętego gipsu, aż do ustąpienia zaburzeń. Nie potrzebuję oczywiście dodawać, że kontrola opatrunku musi być dokładna, musi się odbywać z godziny na godzinę przez doświadczonego lekarza. Im wcześniej nastawiliśmy złamanie, tym mniej obawiamy się zaburzeń krążenia, ponieważ najlepszym środkiem zapobiegającym obrzękom jest, poza wysokim ułożeniem kończyny, szczelny opatrunek dobrze nastawionego złamania wzgl. zwichnięcia.

Drugi etap leczenia to nałożenie definitywnego opatrunku. Kiedy ma nastąpić zmiana opatrunku? Nie kierujemy się schematami, a dostosowujemy się do sytuacji. Oto wytyczne naszego postępowania: jeżeli repozycja wypadła dobrze, a w trakcie leczenia następowego nie zaszła potrzeba większego rozchylania gipsu, w takim razie co do dalszego postępowania orientuje nas pierwsze zdjęcie kontrolne, które wykonywamy po upływie 5 dni od nałożenia pierwszego opatrunku. Jak w każdym złamaniu, tak samo i tu niekorzystne jest rozklinowanie dobrze nastawionych odłamków, wzgl. ponowne przemieszczenie dobrze nastawionego zwichnięcia. Nastawiamy każde złamanie jaknajwcześniej po wypadku dlatego, że szanse dobrego nastawienia maleją najpierw z każdym tygodniem, później — z każdym dniem. I odwrotnie, złamanie nastawione odrazu dobrze, daje coraz mniej szans rozklinowania, najpierw z każdym tygodniem, później z każdym dniem. Jeżeli więc druga kontrola wypada dodatnio — czekamy, aby nie pogorszyć wyniku uzyskanego przy pierwszym nastawieniu. O ile dalsza



Rys. 13. Gotowy opatrunek gipsowy po nastawieniu doraźnym złamania kostek podudzia, powikłanego zwichnięciem. Gips rozcięty, kończyna ułożona na podstawce, dolna krawędź łóżka uniesiona.

kontrola po upływie następnych 5 dni znów stwierdza, że ustawienie jest dobre, przystępujemy do zmiany opatrunku dopiero po upływie 2 tygodni. Teraz dopiero po ostrożnym zdjęciu gipsu mamy prawo nie obawiać się rozklinowania wzgl. reluksacji; nakładamy nowy opatrunek według tych samych zasad, co opatrunek pierwotny; nie dajemy narkozy tylko w takim przypadku, gdzie anatomiczne ustawienie utrzymuje się bez przerwy, ponieważ dobre ustawienie zostało już w pewnym stopniu utrwalone. Nakładamy więc



Rys. 14. Gotowy opatrunek marszowy w złamaniu kostek, powikłanym zwichnięciem.

opatrunek na podudzie i stopę, modelując przyśrodkową powierzchnię piszczela i kostkę boczną, jak również sklepienie stopy, według podanych zasad z tą tylko różnicą, że po nałożeniu opatrunku na podudzie i po stwardnieniu gipsu usuwamy podpórkę kolana, prostujemy staw kolanowy do pozycji lekkiego tylko zgięcia i w tym ustawieniu przedłużamy gips na udo. W czasie pierwszego unieruchomienia mięśnie uległy zwiotczeniu, nie obawiamy się więc już ich przemieszczającego działania na świeży zrost. Zresztą przemieszczeniu zapobiega i to, że prostujemy kolano dopiero po szczelnym ujęciu w gips podudzia i stopy. Po upływie doby, po wyschnięciu gipsu, montujemy pałąk żelazny, lub jak to robimy ostatnio, obcas z korka czy kawałka opony samochodowej i pozwalamy choremu chodzić (rys. 14). Jeżeli po kilku dniach dalsze zdjęcie kontrolne wykazuje brak przemieszczenia, wypisujemy chorego ze szpitala i prowadzimy dalsze leczenie ambulatoryjnie. Nie obciążamy za wcześnie kończyny jedynie w przypadkach odłamania dużego klina krawędzi tylnej piszczela; w tych razach czekamy do trzech tygodni od daty złamania.

W razie jeżeli pierwsze zdjęcie kontrolne, tj. wykonane jeszcze po pierwszym opatrunku, wykazuje konieczność poprawy ustawienia, przystępujemy do nałożenia drugiego opatrunku znacznie wcześniej, zazwyczaj nie później, jak po upływie 5 dni, zależnie od obrzęku. Musimy się w takich razach liczyć z tym, że może zajść potrzeba jeszcze jednej zmiany opatrunku, traktujemy bowiem to drugie nastawienie nie jako definitywne, a jako dalszy ciąg nastawienia doraźnego. Nastawiamy wówczas z reguły w znieczuleniu ogólnym, przekonaliśmy się bowiem wielokrotnie, że nadwichnięcie, które nie poddawało się definitywnej repozycji bez narkozy, daje się łatwo nastawić w znieczuleniu ogólnym.

Jeżeli zwichnięcie zostało dobrze nastawione doraźnie, a już pierwsze zdjęcie kontrolne wykazuje rozstęp w obrębie złamania kostki przyśrodkowej, kwalifikujemy chorego z reguły do przybicia kostki przyśrodkowej, nie śpieszymy się jednak zbytnio — czekamy 10 — 14 dni. Oczywiście po przybiciu kostki nakładamy opatrunek jak zwykle, a chorego przetrzymujemy w łóżku jeszcze przez tydzień i dopiero po zdjęciu szwów przez małe okno,

zagipsowujemy okienko i montujemy obcas do chodzenia.

Opatrunek marszowy trzymamy w złamaniach kostek powikłanych zwichnięciem stawu skokowego górnego u chorych dorosłych najmniej przez 8 tygodni, w przypadkach wyjątkowo ciężkich, z dużym rozdarciem torebki stawowej i więzadeł, nawet dłużej. Zbyt wczesne zdjęcie gipsu i przedwczesne obciążenie osłabionych więzadeł może doprowadzić do szkodliwych następstw, zresztą chorzy na tym nic nie zyskują, ponieważ po zbyt wczesnym zdjęciu gipsu chodzą znacznie gorzej niż w gipsie i doznają obrzęków i dolegliwości, a niekiedy nie mogą chodzić wcale i sami proszą o ponowne nałożenie opatrunku marszowego. Jeżeli kontrola po 6 tygodniach wykazuje dobre ustawienie stawu, możemy dopiero wówczas, w odpowiednich przypadkach, skrócić opatrunek, tj. albo obciąć gips poniżej kolana, albo zmienić cały opatrunek na lżejszy i krótszy.

Druciki chromo - niklowe, używane do przybijania kostek, pozostawiamy na stałe, śrubę po zespoleniu więzozrostu usuwamy po upływie 6 tygodni, nakładając jednocześnie szczelny, wymodelowany opatrunek. Po zdjęciu gipsu troszczymy się o wzmocnienie aparatu więzadłowego stopy oraz mięśni podudzia za pomocą mięsienia. W razie obrzęku dajemy do chodzenia opaskę elastyczną na staw skokowy i podudzie.

W cięższych złamaniach, szczególnie u ludzi starszych, stosujemy po zdjęciu gipsu wkładkę, żeby zapobiec spłaszczeniu i wykoślawieniu stopy.

W przypadkach złamań otwartych postępowanie nasze nie odbiega od zasad ogólnych z tą jedynie różnicą, że nastawienie doraźne jest poprzedzone przez wycięcie pierwotne rany i szczelne zeszycie skóry. W tych razach dokładne unieruchomienie i wysokie ułożenie kończyny współdziała wybitnie w zapobieganiu zakażeniu przyrannemu. Oczywiście, w przypadkach złamań otwartych rozchylamy odrazu gips i trzymamy chorego znacznie dłużej w łóżku, nawet po szczęśliwym uniknięciu zakażenia.

Postępowanie nasze opiera się na spostrzeganiu i leczeniu 314 przypadków złamań kostek podudzia. Złamania zwykłe, nie powikłane zwichnięciem lub większym przemieszczeniem odłamków, nie wymagające zatem specjalnych zabiegów, leczyliśmy z reguły ambulatoryjnie, nakładając



Rys. 15. Przypadek otwartego złamania obu kostek z całkowitym bocznym zwichnięciem stopy. Pomimo natychmiastowego wycięcia rany i szwu pierwotnego wystąpiło zapalenie stawu i kości. Wynik ostateczny: sztywność stawu w dobrym ustawieniu.

doraźnie opatrunek gipsowy z podściółką ze względu na utrudnienie kontroli bezpośrednio po nałożeniu opatrunku. W każdym jednak przypadku chory zgłaszał się po upływie 24 godzin do kontroli gipsu. Chorym takim polecamy leżenie w łóżku w ciągu 5 dni, po czym chory taki zgłasza się powtórnie celem nałożenia szczelnego opatrunku marszowego ujmującego tylko stopę i podudzie, po którym kontrolujemy ponownie po upływie doby stan kończyny. Chorych ubezpieczonych przekazywaliśmy potem do kontroli gipsu lekarzom obwodowym. W ten sposób leczyliśmy am-

bulatoryjne 174 przypadki. Przypadków z powikłaniami leczyliśmy 140; wszystkie te przypadki podlegały leczeniu szpitalnemu aż do chwili nałożenia opatrunku marszowego. Dalsze leczenie odbywało się w ambulatorium Instytutu. We wszystkich przypadkach leczenie odbywało się według podanych wyżej zasad. Uzyskaliśmy we wszystkich przypadkach repozycję anatomiczną lub zbliżoną do anatomicznej za wyjątkiem dwu przypadków: złamania otwartego i powikłanego zwichnięciem (rys. 15), w którym doszło do zakażenia i przewlekłego zapalenia kości i stawu pomimo pierwotnego wycięcia rany. Przypadek ten zakończył się zresztą pomyślnie w sensie ustąpienia sprawy zapalnej i zesztywnienia stawu w dobrym ustawieniu.

Zły wynik w drugim przypadku dotyczył młodej kobiety, która została przysłaną do Instytutu z powodu złamania obu kostek podudzia, złamania miednicy i złamania kości ramiennej. Chorą przysłano z dobrze nałożonym opatrunkiem gipsowym podudzia i stopy, a zdjęcie kontrolne przez gips wykazało złamanie obu kostek bez przemieszczenia i bez zwichnięcia. Opatrunek ten zmieniono pod tygodniu, a ponieważ obrażenia miednicy i złamanie kości ramiennej zaabsorbowało nas całkowicie, zaniedbaliśmy wykonania zdjęcia kontrolnego — wydawało się, że mamy do czynienia z banalnym złamaniem kostek. Kiedy po 6-ciu tygodniach zdjęto opatrunek gipsowy, rzuciło się odrazu w oczy po ustąpieniu obrzęku zniekształcenie, a zdjęcie kontrolne wykazało zrost obu kostek z nadwichnięciem bocznym stawu skokowego. Próba nastawienia nie dała wyniku, a na osteotomię chora się nie zgodziła.

Przypadek ten, bardzo instruktywny, wykazuje wagę zdjęć kontrolnych, ponieważ przemieszczenie pierwotne może być niewykryte przy pierwszym badaniu radiologicznym, jeżeli zostanie ono nastawione doraźnie przez osobę udzielającą pierwszej pomocy.

ZUSAMMENFASSUNG.

Behandlung der Knöchelbrüche (Technik).

v.

Dr. T. Sokołowski (Warszawa).

Bericht über die Technik der Behandlung der 314 Knöchelbrüche, davon 140 mit teilweiser oder totaler Talusluxation.

Jede Verrenkung wird sofort eingerichtet. Die Einrichtung erfolgt immer in rechtwinkliger Stellung des Hüft — und Kniegelenkes, und auch in dieser Stellug wird der erste Gipsverband angelegt. Wenn die Reposition gut gelungen ist, wird nach 2 Wochen der ungepolsterte Marschverband angelegt, wenn noch eine Korektur nötig ist wird der Verband früher gewechselt. Um die Verschiebungen zu vermeiden wird immer auch Oberschenkel eingegipst.

Wenn die Reposition des medialen Knöchels nicht genügend ist, wird der malleolus genagelt, breite Diastase der m. interossea wird verschraubt.

Die Einrichtung und das Anlegen des Gipsverbandes wird immer in der Narkose vorgenommen.

Stosowanie opatrunków i wkładek celem zapobiegania tworzeniu się stopy płaskiej pourazowej

podał

Dr A. Kugler (Warszawa).

Wadliwe nastawienie złamań kostek, a także kości stępu i śródstopia prowadzi do różnych zmian anatomicznych stopy, a w zależności od zmian w obrębie kośćca i części miękkich, do rozmaitych następstw.

Rozróżniamy tutaj:

1) stopę koślawą *(pes valgus)* o cechach następujących: nieobciążona zachowuje budowę prawidłową, natomiast podczas obciążania sklepienie podłużne zapada się, pięta ulega skoślawieniu, a przedstopie odwiedzeniu w stawie Choparta;
2) stopę płasko-koślawą *(pes plano-valgus)*, która tworzy dalszy stopień stopy koślawej i cechuje się tym, że nawet nieobciążona wykazuje spłaszczenie łuku podłużnego, skoślawienie pięty i odwiedzenie przedstopia;
3) stopę podłużnie płaską *(pes longoplanus)*, wytwarzającą się przez równomierne osiadanie łuku podłużnego, bez skoślawienia pięty;
4) stopę poprzecznie płaską *(pes transverso-planus)*, powstałą przez spłaszczenie sklepienia poprzecznego.

Oczywiście, że mogą występować również postacie nietypowe lub mieszane, zależnie od rodzaju i stopnia uszkodzenia kośćca stopy.

Skoślawienie stawu skokowego górnego może być następstwem wadliwego nastawienia złamania kostek: rozszerzone widełki stawu skokowego nie obejmują szczelnie kości skokowej, która ulega wyważeniu z widełek podczas obciążania. Powoduje to rozciągnięcie osłabionych przez uraz więzadeł (lig. deltoideum), torebki stawowej oraz ścięgien mięśni odwracających stopę, i prowadzi do jej skoślawienia. Spłaszczenie sklepienia podłużnego powstaje najczęściej jako skutek złego nastawienia złamania trzonu kości piętowej. Po takim złamaniu stopa osiada równomiernie, a miarą spłaszczenia łuku jest wielkość kąta piętowego, który w prawidłowo zbudowanej stopie waha się w granicach od 20 — 40° *(Böhler)*. Niekiedy spłaszczenie łuku podłużnego wikła się skoślawieniem stawu skokowego tylnego wskutek nawracania kości piętowej. Spłaszczenie sklepienia poprzecznego wytwarza się po nieodpowiednim leczeniu złamań kości śródstopia.

Aczkolwiek opisane zmiany przedstawiają różne obrazy anatomiczne, w praktyce obejmuje się je nazwą: *stopa płaska pourazowa*.

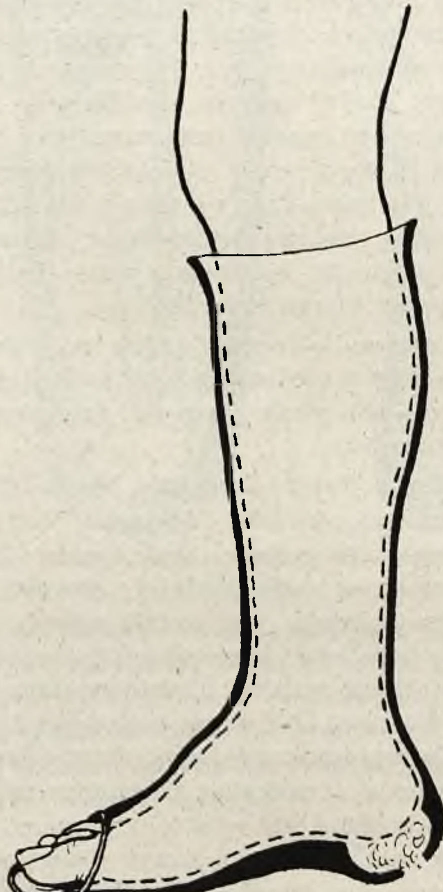
Jeżeli po przebyciu sprawy urazowej pozostało zniekształcenie stopy, należy rokować niepomyślnie. Z obserwowanych przeze mnie przypadków nie znam ani jednego, którzyby został wyleczony wkładką lub innymi zachowawczymi środkami. Wprawdzie koślawość można skorygować za pomocą odpowiednio dopasowanej wkładki lub obuwia i utrzymać w poprawnym ustawieniu, lecz stopa z chwilą pozbawienia podpory wraca do dawnego, wadliwego ustawienia. Poza tym z biegiem czasu rozwijają się zmiany zniekształcające stawu.

Wynika z tego, że należy zapobiegać zniekształceniu stopy zarówno podczas nastawiania, jakoteż w czasie doleczania złamania. Nastawiając złamanie kostek powikłane zwichnięciem, należy odtworzyć prawidłowe stosunki widełek stawu skokowego i uzyskany wynik utrwalić opatrunkiem gipsowym, który powinien ujmować podudzie i stopę. Opatrunek powinien

ujmować nie za krótko podeszwę, ponieważ musi podtrzymywać stopę wraz z palcami. Podczas nakładania opatrunku gipsowego należy jedną ręką odwracać piętę, a drugą nawracać przedstopie tak, by prosta przeprowadzona przez podstawę przedstopia utworzyła z długą osią podudzia kąt prosty. Jednocześnie asystent modeluje sklepienie podłużne i okolicę kostek, by opatrunek przylegał szczelnie do stopy.

Ten sposób nakładania opatrunku gipsowego ma przewagę nad innymi opatrunkami np. *Delbeta* lub *Brunna*, które, mając na widoku zachowanie ruchomości stawu skokowego, nie są w stanie uchronić stopy od skoślawienia, ponieważ niepodtrzymywane przedstopie ustala się w supinacji wskutek działania mięśni nawracających stopę. Z chwilą ukończenia okresu unieruchomienia, tj. po usunięciu opatrunku gipsowego pozbawiamy stopę prowizorycznej wkładki, jaką stanowi opatrunek. Ponieważ więzadła i mięśnie po przebyciu sprawy urazowej są jeszcze za słabe, stopę trzeba podtrzymywać jeszcze przez czas dłuższy; należy więc zaopatrzyć chorego we wkładkę definitywną lub w specjalny bucik, które winny spełniać swoje podtrzymujące zadanie aż do zupełnej przebudowy zrostu i wzmocnienia aparatu więzadłowego.

W nastawianiu złamań trzonu kości piętowej należy dążyć do wyrównania skrócenia i odtworzenia kąta piętowego. W złamaniach tych, po nastawieniu, opatrunek do chodzenia jest dopuszczalny tylko pod warunkiem odciążenia tylnej części trzonu kości piętowej. W tym celu podkładamy pod piętę warstwę waty, jak wskazuje rys. 1, a przednią część sklepienia starannie modelujemy. Po stężeniu gipsu wycinamy w opatrunku pod piętą mały otwór, przez który usuwamy watę. Wytworzona luka zapewnia odciążenie kości piętowej. Również i w tym wypadku po usunięciu opatrunku gipsowego chory powinien mieć stopę podtrzymaną wkładką lub specjalnym bucikiem.



Rys. 1. Opatrunek marszowy w złamaniach kości piętowej.

W przypadkach złamań kości śródstopia, po wyrównaniu skrócenia nakładamy opatrunek gipsowy, ujmujący $^2/_3$ podudzia i całą stopę, modelując starannie obydwa sklepienia. Po zdjęciu opatrunku podtrzymujemy stopę wkładką lub bucikiem.

Sporządzanie wkładek.

Wkładki pierwszy zaczął stosować *Hoffa*. Wykonywał je z metalu, dopasowując metalową płytkę bezpośrednio do stopy. *Lange* opracował dla stopy koślawej i płasko-koślawej wkładkę z celuloidu i podał sposób sporządzania jej na odlewie gip-

sowym; podał również przepis wykonania negatywu, za pomocą którego uzyskuje się odlew gipsowy. *Lange* owijał stopę (posmarowaną tłuszczem) opaską gipsową i modelował dokładnie sklepienie palcami. Z chwilą gdy gips zaczynał tężeć, polecał choremu stanąć na równej podstawie, a sam przytrzymywał ręką okolicę kostki przyśrodkowej, chroniąc w ten sposób stopę przed skoślawieniem. Po rozcięciu negatywu wzdłuż sznura, podłożonego uprzednio pod opaskę, zdejmował go i napełniał papką gipsową. Na tak uzyskanym pozytywie sporządzał wkładkę z celuloidu, umocnioną stalową konstrukcją, umieszczoną pomiędzy warstwami masy (trykot przesycony płynnym celuloidem).

Od szeregu lat stosuję jeden typ wkładki dla stóp z niedomogą łuku podłużnego, koślawej lub płasko-koślawej (statycznej i pourazowej).

Wkładka jest wytłoczona z blachy duraluminiowej, grubości 1½ mm i pokryta sztywną skórą grubości około 3 mm. Płytka metalowa odpowiedniej długości i kształtu wygięta jest w taki sposób, że tworzy podstawę i barierę obejmującą stopę po stronie bocznej. Podstawa sięga od pięty do stawu śródstopno-palcowego 1. po stronie przyśrodkowej, a po stronie bocznej zachodzi aż pod staw śródstopno-palcowy 5. i wygięta jest od strony przyśrodkowej w taki sposób, że szczyt wzniesienia przypada pod staw skokowo-łódkowaty. Bariera wkładki dochodzi aż do główki 5. kości śródstopia i jest nieco łukowato wygięta.

Podstawa wkładki swoim wzniesieniem po przyśrodkowej stronie koryguje fleksję i refleksję, a łącznie z barierą, o którą opiera się pięta i przedstopie, koryguje pronację i abdukcję. Boczny brzeg podstawy, zachodząc aż pod staw śródstopno-palcowy 5., podnosi zewnętrzny brzeg przedstopia i koryguje jego supinację. Taką wkładkę można dopasować albo bezpośrednio do stopy chorego, albo pośrednio na odlewie gipsowym.

Do sporządzenia odlewu potrzebny jest negatyw stopy chorego, który uzyskuję w następujący sposób:

Po nasmarowaniu stopy płynną parafiną, sporządzam z gazowej opaski 15 cm. szer. (nawarstwionej sproszkowanym gipsem i namoczonej w wodzie) longetkę długości około 35 — 37 cm, szerokości około 20 cm, i modeluję pantofelek, obejmujący piętę, podeszwę, boki stopy i palce, a następnie przymocowuję go do stopy gazową opaską.

Gdy gips zaczyna tężeć, wykonuję jedną ręką supinację pięty, a drugą pronację przedstopia i jednocześnie nieznaczną abdukcję w stawie Choparta, przy czym pouczam chorego, by palcami ręki po stronie przeciwnej modelował sklepienie podłużne.

Po stwardnieniu gipsu zdejmuję pantofelek i nalewam doń papki gipsowej gęstości śmietany. Po oddarciu negatywu przystępujemy do podstrugania pozytywu. Ile zestrugać i w jakim miejscu, żadna książka nie nauczy, jest to rzecz doświadczenia. Suchy pozytyw obciągamy rozmoczoną uprzednio skórą grubości 3 mm, a po jej wyschnięciu wytłaczamy młotkiem przygotowaną płytkę odpowiedniego kształtu z blachy duraluminiowej grubości 1½ mm i dopasowujemy ją do odlewu na skórze. Tak przygotowaną wkładkę wraz ze skórą należy przymierzyć, a jeszcze lepiej przed zupełnym wykończeniem założyć na kilka dni na próbę. W czasie próby trzeba niekiedy poczynić pewne poprawki, co nie sprawia trudności, bowiem wkładka nie jest zupełnie wykończona. Wykończenie polega na oszlifowaniu metalu, wmontowaniu słupka i znitowaniu skóry z metalem. Wkładka tego typu, aczkolwiek doskonale koryguje i podtrzymuje stopę, jednakże nie jest kosmetyczna, zajmuje bowiem w obuwiu dużo miejsca. (Rys. 2).

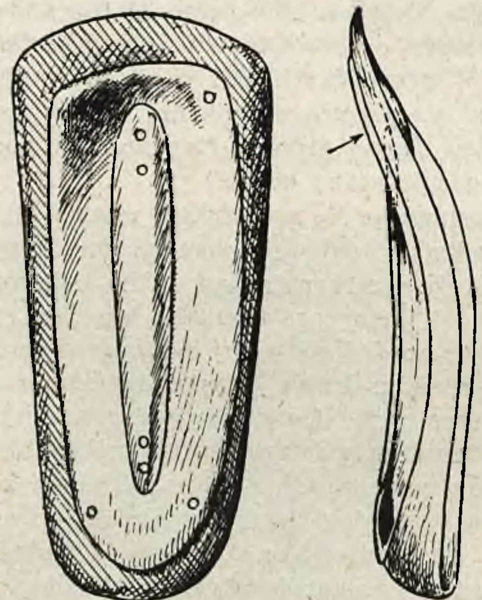
W przypadkach stopy podłużnie lub poprzecznie płaskiej, wkładka powinna podtrzymywać również obydwa sklepienia, ale nie mieć bariery bocznej. Dopasować taką wkładkę można bezpośrednio tj. do



Rys. 2. Wkładka korygująco-podtrzymująca dla stopy koślawej i płasko-koślawej.

stopy, albo pośrednio — na odlewie gipsowym. Sporządzając odlewy należy dokładnie wymodelować sklepienie. Model takiej wkładki przedstawiony jest na rys. 3. Wkładki powinny być co pewien czas kontrolowane i odpowiednio do wskazań przerabiane i zastępowane nowymi.

Czy można stosować wkładki gotowe? W handlu nie ma dotychczas wkładki, korygującej koślawą lub płasko-koślawą sto-



Rys. 3. Wkładka bez bariery bocznej, podtrzymująca obydwa sklepienia.

pę pourazową i utrzymującej ją w poprawnym ustawieniu. Niektóre typy metalowych wkładek mogą podtrzymać jedynie sklepienie podłużne lub poprzeczne, jeżeli są dobrane do długości i szerokości stopy i odpowiednio wygięte.

Sporządzanie obuwia podtrzymującego stopę.

Obuwie tego rodzaju jest połączeniem obuwia zwykłego i wkładki, podtrzymującej obydwa sklepienia stopy. Wkładka jest dyskretnie wmontowana w podstawę obuwia i łącznie z nim tworzy lekki, estetyczny i dobrze obejmujący stopę przyrząd. Obuwie ma jednak i ujemne strony: stopa zasłonięta cholewką obuwia, wymyka się z pod bezpośredniej obserwacji, poza tym regulowanie wysokości wkładek jest utrudnione, ponieważ nie można ich wyjąć bez większego uszkodzenia obuwia.

Do podtrzymania stopy koślawej lub płasko-koślawej, statycznej lub pourazowej, stosuję jednakowy typ obuwia, konstrukcja którego oparta jest na zasadzie wyżej opisanej wkładki z barierą boczną.

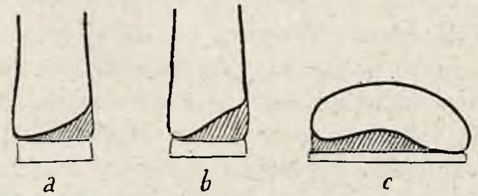
Wszelkie obuwie sporządzane jest na kopytach, czyli drewnianych modelach. Chcąc uzyskać w podstawie obuwia jakąś wyniosłość, trzeba w odpowiednim miejscu na kopycie wyrobić zagłębienie. Kopyto jest pozytywem, but — negatywem. Do wykonania kopyt potrzebne są pomia-

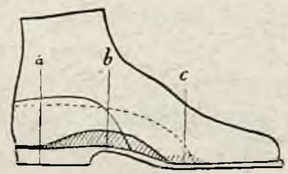
ry obwodu stopy i dokładny rysunek jej konturów. W tym celu stawiamy stopę na papierze i obrysowujemy ołówkiem jej kontury. Obwód wymierzamy w pięciu miejscach: 1) poprzez główki kości śródstopia, 2) tuż za główkami, 3) przez środek stopy, 4) przez piętę i 5) nad kostkami. W przypadkach, gdy chory nie posługiwał się jeszcze wkładkami, należy sporządzić odlewy gipsowe i według nich podstrugać podstawy kopyt.

Posługując się pomiarami, rysunkiem i wkładką lub odlewem, sporządzamy kopyta. Podstawa kopyta jest jakby odlewem wkładki już wypróbowanej i ma dwa zagłębienia: jedno odpowiadające łukowi podłużnemu, drugie — poprzecznemu.

Praca przy obuwiu rozpoczyna się od nałożenia na podstawę kopyta mokrej skóry. Po wyschnięciu skóry zagłębienia zostają wypełnione korkiem tak, że wytwarza się powierzchnia kopyta zwykłego. Skóra wraz z korkiem tworzy wkładkę, do której przymocowuje się cholewkę obuwia. Pomiędzy płótno a skórę cholewki zostaje wmontowany pas ze sztywnej skóry, tak zwana „zakładka", biegnąca z bocznej strony od 5. stawu śródstopno-palcowego poprzez piętę, a przyśrodkowo do obwodowego końca kości klinowatych; zastępuje ona barierę wkładki. Po tymczasowym przymocowaniu skórzanej cholewki do wkładki należy obuwie przymierzyć, zwracając uwagę na dokładne przyleganie do stopy i na estetyczny kształt.

Wykończenie obuwia polega na przymocowaniu podeszwy i dorobieniu obcasa, który po stronie przyśrodkowej powinien





Rys. 4. W górze. Przekroje obuwia podtrzymującego stopę płaską pourazową: a) przekrój czołowy lewego bucika w odległości 2 cm. od szczytu pięty, b) przekrój na wysokości rzutu stawu skokowo-łódkowatego, c) przekrój w pobliżu główek kości śródstopia, w dole przekrój strzałkowy lewego bucika.

być dłuższy i sięgać aż do rzutu stawu skokowo-łódkowatego, a przy podstawie nieco szerszy, niż przy podeszwie (rys. 4).

Postępowanie w dopasowaniu obuwia do stopy podłużnie lub poprzecznie płaskiej nie różni się w zasadzie od wyżej opisanego. Podstawa obuwia powinna podtrzymywać obydwa sklepienia. Zakładka długa po obydwu stronach, aby należycie trzymała przedstopie; obcas kształtu zwykłego.

POSIEDZENIA

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego w Klinice Chirurgicznej I U. J. P. dnia 20 września 1937 r.

Doc. J. Rutkowski:

Operacja Dandy'ego w przypadku ciężkiej rwy twarzowej.

(streszczenie własne)

Chory lat 39, z zawodu technik-mechanik, zgłosił się do mego oddziału w Szpitalu Dziec. Jezus z powodu ciężkich bólów napadowych w obrębie 3 gałęzi nerwu trójdzielnego po stronie lewej. Napady zaczęły się przed 4-ma laty, leczenie wstrzykiwaniami alkoholu dawało przejściową tylko ulgę. Obecnie napady bólów są tak dokuczliwe i częste, że chory chętnie zgadza się na zaproponowany zabieg operacyjny. W 1923 r. przebył śpiączkę — od tego czasu mówi bar-

dzo wolno, ma lekkie drżenie rąk i oczopląs poziomy i pionowy. W dzieciństwie przebył płonicę, odrę i wietrzną ospę.

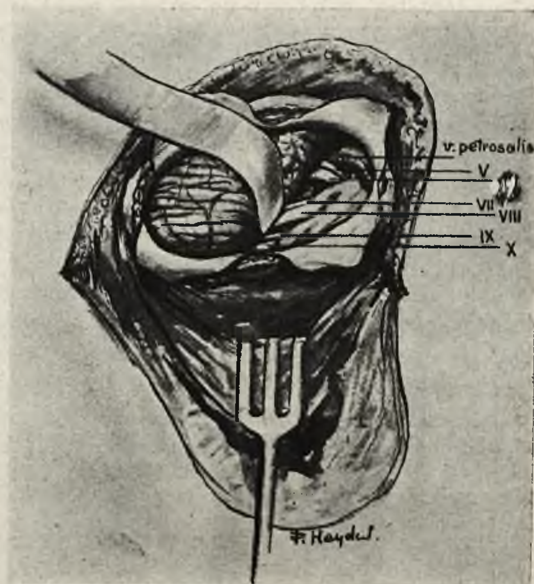
13 kwietnia b. r. w znieczuleniu miejscowym wykonałem u chorego operację *Dandy'ego* — przecięcie korzonka czuciowego lewego nerwu trójdzielnego w tylnej jamie czaszkowej, tuż przy wyjściu korzonka z mostu. Cięcie skórne płatowe (rys. 1), biegnące od wierzchołka wyrostka sutkowego pionowo w górę do poziomu guzowatości potylicznej zewnętrznej, zakręcające następnie łukowato w dół w kierunku rowu karkowego i kończące się na poziomie początku cięcia. Mięsień kapturowy przecięto poprzecznie i odsunięto łącznie z okostną ku linii środkowej. Po wygryzieniu w kości otworu 4×4 cm. poszerzono go w stronę zbiornika (cysterna magna) i w stronę wyrostka sutkowego aż do zupełnego obnażenia kolanka pomiędzy sinus transversus i sinus sigmoideus, bez otwierania komórek sutkowych (możliwość zakażenia!). Oponę twardą przecięto na krzyż, następnie otwarto podtwardówkowo zbiornik (cysterna magna), móżdżek delikatnie łopatką odsunięto w górę i ku linii środkowej. Po rozerwaniu włókien pajęczynówki biegnących między namiotem i nerwem słuchowym, zaczął obficie wyciekać płyn mózgowo-rdzeniowy, wskutek otwarcia cysterna lateralis; przy dalszym posuwaniu się naprzód uwidoczniono w głębi zbiornika (cysterna lateralis) korzonek czuciowy nerwu trójdzielnego, ponad którym biegła żyła (vena petrosalis od sinus petrosus), poniżej zaś w odległości mniej więcej 1,5 cm. nerw słuchowy (rys. 2). Korzonek czuciowy nerwu trójdzielnego (bliższy i grubszy od ruchowego) wzięto na tępy haczyk i przecięto. Od tej chwili chory stracił zupełnie swe bóle. Krwawienie podczas zabiegu nie było znaczne — opanowano je za pomocą lekkiego ucisku watą.



Rys. 1.

Po zbliżeniu szwami brzegów opony twardej (udało się to niezbyt dobrze), przyszyto płat skórny. Przebieg pooperacyjny naogół był gładki, poza przejściowymi bólami i zawrotami głowy, dwojeniem się w oczach i zebraniem się płynu mózgowo-rdzeniowego pod skórą, który usunięto za pomocą nakłucia. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Chory stracił od chwili operacji swe uprzednie bóle, przy zachowanym czuciu skórnym; uległy nawet poprawie chód i mowa, znikł oczopląs.

Zaletą operacji *Dandy'ego* jest to, że nawet całkowite przecięcie korzonka czuciowego nie da-



Rys. 2.

je powikłań ze strony rogówki, czucie skórne rogówki jest prawie zupełnie zachowane (prawdopodobnie włókna czuciowe pochodzą z portio minor i dopiero w dalszym przebiegu nerwu dołączają się do portio major). Korzonek ruchowy, biegnący w pewnej odległości od korzonka czuciowego, łatwo zachować, krwawienie jest mniejsze, niż przy operacji *Fraziera* (p. „Chirurg Polski" Nr. 4/II). Jeżeli podczas zabiegu zbyt silnie uciskać nerw słuchowy, może nastąpić jego porażenie. Jeśli przyczyną nerwobólu jest guz w tylnej jamie czaszkowej, (18 przyp. na 250 *Dandy'ego)*, wówczas można jednocześnie dokonać zabiegu doszczętnego. Śmiertelność jest większa, niż po operacji *Fraziera:* na 88 swoich pierwszych przypadków *Dandy* stracił 7 chorych, jednak ostatnia seria 150 przypadków dała mu 0% śmiertelności.

Doc. B. Szerszyński i dr J. Majewski:

Próba Perthesa oraz próba Delbeta i Mocquota w żylakach kończyn dolnych. Pokaz dwóch przypadków.

Leczenie żylaków kończyn dolnych wstrzykiwaniami stężonych roztworów krystaloidów daje wyniki zadawalające, poza małym odsetkiem niepowodzeń w postaci obrzęków kończyny. Referent *(dr Majewski)* omawia pokrótce fizjologię krążenia w kończynach dolnych oraz etiologię żylaków: zanik zastawek powoduje krążenie wsteczne w żyłach powierzchownych, ścieńczenie ich ściany i powstanie splotów. *Delbet i Mocquot* udowodnili, że jeśli na udo nałożyć podwiązkę i jednocześnie wprawić mięśnie kończyny w ruch, to żylaki na tej kończynie stają się miękie; *Perthes* stwierdził, iż w tych warunkach znikają one nawet zupełnie, a to dzięki ssącemu działaniu żył głębokich, z tym zastrzeżeniem, że te ostatnie posiadają normalne łożysko. Jeżeli łożysko to jest chorobowo zmienione, np. wskutek przebytego zakrzepu, to objaw Perthesa wypadnie ujemnie. W każdym przypadku żylaków należy przed wstrzykiwaniem, mającym na celu obliterowanie ich, stwierdzić za pomocą próby Perthesa, jaki jest stan żył głębokich i przeprowadzać leczenie wstrzykiwaniami tylko przy dodatnim objawie Perthesa. W leczeniu ambulatoryjnym przyczynę niepowodzeń należy przypisać nieodpowiedniemu dobieraniu przypadków wskutek zaniechania zbadania stanu żył głębokich.

Referenci wykonali badanie rentgenowskie po wstrzyknięciu do żylaka płynu kontrastowego; wykazuje ono wsteczny kierunek krążenia, nie udało się jednak prześledzić przechodzenia kontrastu do żył głębokich przez istniejące połączenia.

Pokaz dwóch przypadków: osobnika starszego z dużymi splotami żylakowymi i dodatnim objawem Perthesa, oraz osobnika młodego po przebytym durze, ze splotami sięgającymi wysoko, bo aż na podbrzusze, u którego ujemny objaw Perthesa świadczy o przebytym zakrzepie żył głębokich.

Dyskusja:

Doc. Wojciechowski uważa za konieczne badanie wstępne stanu połączeń żył powierzchownych i głębokich oraz badanie stanu tętnic kończyny, gdyż krążenie tętnicze, wg. *Schedego,* wpływa na odpływ krwi żylnej z kończyn dolnych, bowiem fale tętna tętnicy mają oddziaływać na wiotką ścianę przylegającej żyły.

Doc. Szerszyński: U chorych z żylakami krew krąży w żylakach wstecznie, co ma praktyczne znaczenie: płyn wstrzyknięty w pozycji stojącej opada ku dołowi i w ten sposób jedno wstrzyknięcie może spowodować obliterację dużego odcinka. Po wstrzyknięciu dożylakowym pacjent powinien chodzić, a nie leżeć. W związku z próbą Perthesa uważać należy noszenie podwiązek okrężnych za korzystne, a nie powodujące powstawanie żylaków.

Dr Trojanowski uważa, że próba Trendelenburga jest analogiczna do próby Perthesa. Sieć żylaków na podbrzuszu świadczy o niedrożności głębokich pni żylnych.

Doc. Zaorski: Kierunek krążenia w żylakach jest zależny od pionowego lub poziomego ułożenia kończyny. Noszenie okrężnych podwiązek uważa, na podstawie własnego doświadczenia, za bardzo szkodliwe i odgrywające rolę w powstawaniu żylaków, zwłaszcza u osobników predysponowanych dziedzicznie. Przed przystąpieniem do leczenia wstrzykiwaniami konieczne jest zebranie wywiadów w kierunku przebytych chorób zakaźnych oraz porodów, ze względu na możliwość przebycia zakrzepów żylnych, co stanowi przeciwwskazanie do leczenia żylaków.

Dr Abramowicz: Roztwór hypertoniczny należy wstrzykiwać do żylaka w miejscu jaknajwyższym. Skurcze mięśni grają najważniejszą rolę w krążeniu żylnym w kończynach dolnych. Gimnastyka mięśni kończyny może wystarczyć w wieku młodym do wyleczenia żylaków, a wobec tego podwiązki okrężne są szkodliwe, gdyż hamują ruchy mięśni.

Prof. Radliński: Rozszerzenie żył ponad spojeniem łonowym świadczy niewątpliwie o niedrożności żył głębokich. Przeciwwskazaniem do leczenia żylaków wstrzykiwaniami jest również świeżo przebyty proces zakrzepowy w żyłach powierzchownych, gdyż może dojść w tym wypadku do zakażenia zakrzepu powstałego po wstrzyknięciu.

Doc. Szerszyński podkreśla, że objaw Trendelenburga jest zupełnie odmienny od objawu Perthesa: w przypadkach demonstrowanych objaw T. był u obu dodatni, a objaw Perthesa raz dodatni, raz ujemny.

Dr T. Sokołowski:

Przypadek wycięcia krzywizny małej żołądka.

(streszczenie własne)

Chory l. 30 doznaje od kilku lat dolegliwości żołądkowych. W ostatnim roku nastąpiło znaczne pogorszenie, wystąpiły okresowo wymioty, silne ataki bólowe, wychudnięcie i upadek sił. W tym stanie chory zgłosił się do 1. Szpitala Okr. do mojego oddziału. Badanie radiologiczne (rys. 3) wykazało niszę w obrębie krzywizny małej, mieliśmy w tym przypadku wrzód modzelowaty żołądka usadowiony wysoko na krzywiźnie małej.



Rys. 3. Rentgenogram żołądka przed operacją: żołądek atoniczny, na krzywiźnie małej, wysoko, nisza (oznaczona strzałkami). Rozpoznanie: wrzód krzywizny małej żołądka

W tym przypadku można było albo wykonać rozległą resekcję żołądka, albo ze względu na wysokie umiejscowienie wrzodu ograniczyć się do operacji łagodzącej bez wycięcia wrzodu (wycięcie cz. odźwiernikowej żołądka), lub wykonać resekcję krzywizny małej. Wybrałem to ostatnie postępowanie. Po odsłonięciu tylnej ściany żołądka uwolniłem ją od tylnej ściany jamy brzusznej (oddzieliłem przyrośnięty wrzód nożem bez otwarcia światła żołądka poczem speritonizowałem ubytek otrzewnej tylnej ściany żołądka). Następnie po przecięciu więzadła wątrobowo-żołądkowego i uwolnieniu krzywizny małej wyciąłem bliznowato zmieniony odcinek krzywizny małej wraz z dużym twardym drążącym wrzodem. Jednopiętrowy szew podłużny krzywizny małej. Po tym zabiegu żołądek przybrał kształt rury i wydłużył się. Przebieg prawidłowy (jedynie w 3. i 4. dniu po zabiegu płukano



Rys. 4. Rentgenogram żołądka w 6 tygodni po operacji. Kształt żołądka prawidłowy, w obrębie miejsca, odpowiadającego dawnej niszy, widać zazębienia po wycięciu krzywizny małej żołądka.

żołądek). Chory poprawił się bardzo szybko, bóle i dolegliwości ustąpiły po operacji całkowicie, obecnie w 6 tygodni po operacji przybrał znacznie na wadze, czuje się zupełnie zdrów. Rentgenogram wykonany po operacji (rys. 4) wykazuje prawidłowe zarysy żołądka, czynność ruchowa żołądka prawidłowa — po 2 godzinach nie ma zaległości.

W tym przypadku nie chciałem robić resekcji, ponieważ musiałaby to być gastrectomia subto-

talis. Nie byłem skłonny również do operacji łagodzącej, nie chciałem bowiem pozostawiać tkanki zmienionej bliznowato (możliwość późniejszej przemiany nowotworowej). Obecnie chory podlega racjonalnemu leczeniu dietetycznemu.

Dyskusja:

Doc. Szerszyński: Był okres, kiedy atakowano sam wrzód, a nie chorobę wrzodową — po wycięciu wrzodu częstokroć wytwarzał się nowy wrzód. *Schmieden* podał metodę, polegającą na wycięciu krzywizny małej, nie znalazła ona jednak rozpowszechnienia. Resekcja rozległa daje wyniki pomyślniejsze, niż metody bardziej zachowawcze. Rozległe wycięcie z usunięciem części wydzielniczej zapobiega pewniej możliwości nawrotu cierpienia, niż atakowanie miejscowe sprawy nieżytowej.

Dr Walc planuje analogiczny zabieg w przypadku będącym w leczeniu, u którego prawidłowa kwasota przemawia przeciwko chorobie wrzodowej. Rozległa resekcja u osobników młodych zagraża złośliwą anemią.

Doc. Zaorski przypuszcza, że w przedstawionym przypadku istniała nadczynność żołądka, której zabieg nie usunął. Resekcja wyłączająca byłaby w tym przypadku łatwo wykonalna i celowa. Metody Schmiedena nie uważa za wystarczającą i zapobiegającą nawrotom. *Z.* jest przeciwnikiem rozległego wycinania żołądka: usunięcie części przyodźwiernikowej wraz z odźwiernikiem jest wystarczające do wyleczenia choroby wrzodowej.

Dr Walc uważa wycięcie wyłączające z pozostawieniem wrzodu za niewystarczające.

Doc. Rutkowski: Po wycięciu krzywizny małej można było dokonać dodatkowo wycięcia żołądka. Wrzód może się wytworzyć i przy kwasocie normalnej, znaczenie posiada tu, wg. słów *prof. Radlińskiego*, nie nadkwaśność, a agresywność soku żołądkowego.

Doc. Butkiewicz również uważa, że należało dołączyć wycięcie żołądka do technicznie znacznie trudniejszej, a pomyślnie wykonanej części zabiegu. Przeprowadzając analogię pomiędzy postępowaniem chirurgów europejskich i amerykańskich, uważa rozległe wycinanie żołądka za konieczne na gruncie europejskim — w Ameryce postępowanie bardziej zachowawcze ma uzasadnienie ze względów lokalnych.

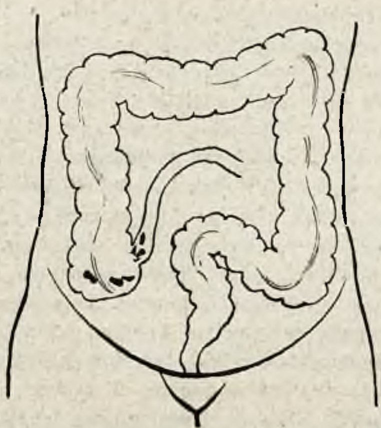
Dr Sokołowski w odpowiedzi zaznacza, że normalnie wykonywa resekcję; opisany zabieg wykonał po raz pierwszy i przedstawił ten przypadek nie jako metodę, a celem zobrazowania sposobu rozwiązania trudności życiowej, z jaką się spotkał. Nie chodzi tu o atakowanie sprawy nieżytowej żołądka, którą należy uważać raczej jako walkę ustroju z chorobą wrzodową, gdyż wytwarzana w nadmiernej ilości mucyna zobojętnia kwas solny, a o uwolnienie żołądka od modzelowatego głęboko drążącego wrzodu. Dalsze leczenie może być prowadzone w sposób zachowawczy, dietetyczny i nie wyłącza trwałego wyleczenia, podobnie jak nie jest wyłączone wyleczenie wrzodu bez zabiegu operacyjnego.

Dr J. Radlińska:

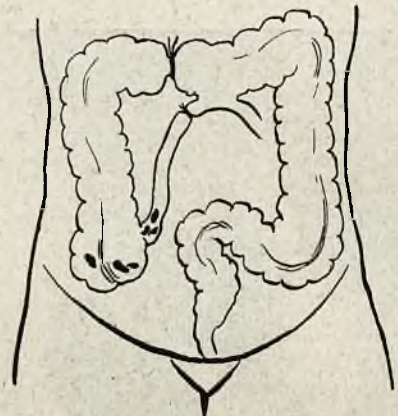
Przypadek operacyjnego zamknięcia przetoki kałowej kątnicy.

62-letnia chora była już demonstrowana na posiedzeniu Tow. Chir. Warsz. dnia 21.VI. rb. *) Po operacji wykonanej z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (29.V 36) powstała u chorej przetoka kałowa (ogniska zgorzeli kątnicy i końcowej pętli jelita biodrowego, rys. 5). Pierwszy zabieg (4.II 37) polegał na zespoleniu jelita biodrowego z poprzecznicą oraz na podwiązaniu nicią lnianą jelita cienkiego i grubego pomiędzy zespoleniem i przetoką (rys. 6). Ponieważ podwiązane odcinki udrożniły się po pewnym czasie (ponowne wydalanie kału przez przetokę), dokonano 28.IV 37 drugiego zabiegu, polegającego na wyresekowaniu odcinków jelita biodrowego (doprowadzającego) i poprzecznicy (odprowadzającego w stosunku do przetoki kałowej). Stan jelit po tym zabiegu przedstawia rys. 7. W dalszym przebiegu, celem usunięcia wypadania śluzówki jelit, śluzówkę wystrzygano oraz wypalano igłą diatermijną, ale bez wyniku. Wobec tego w sierpniu *prof. Radliński* dokonał III zabiegu: żegadłem spalono całą powierzchnię śluzówki; skórę dokoła ubytku skórnego nacięto okrężnie w odległości 1 cm. od brzegu ubytku i zeszyto brzegi skóry. Teraz dokonano wycięcia en bloc wyłączonego odcinka, jak przy hemikolektomii (rys. 8). Przebieg wszystkich operacyj gładki. Pokaz chorej.

*) Sprawozdanie w „Chir. Pol." Nr. 7/II, str. 395-7.



Rys. 5.



Rys. 6.



Rys. 7.



Rys. 8.

Dyskusja:

Doc. Butkiewicz uważa pierwszy zabieg za niecelowy, gdyż podwiązanie jelita nie daje pożądanego wyniku. Wspomina o metodzie Sapożkowa, polegającej na demukozacji jelita w odcinku wyłączonym.

Dr Walc: Chora leżała na jego oddziale w ciągu 2-ch miesięcy, ale była leczona zachowawczo ze względu na ciężki stan ogólny. *Prof. Radliński* był zmuszony do postępowania bardzo ostrożnego, hemikolektomia była wówczas niewykonalna. Zważywszy to wszystko efekt końcowy jest bardzo pomyślny.

Dr M. Stefanowski:

Przypadek roponercza.

Chory 37-letni przybył z oddziału wewnętrznego z rozpoznaniem pyelocystitis przy współistniejącej zimnicy. Od marca rb. wzniesienia ciepłoty z dreszczami i bólami w lew. podżebrzu, występujące co 3 — 4 dni. Od 4-ch lat zauważył zaburzenia w oddawaniu moczu (parcie, częste moczenie co 1 — 2 godz.), mocz zawsze mętny, czasem podbarwiony krwią, kilkakrotnie ze skrzepami. Choroby weneryczne neguje. Stan obecny: chory blady, w sercu i płucach brak zmian uchwytnych, w lewym podżebrzu opór, ale nie w postaci guza. Badanie moczu: umiarkowany ropomocz, pojedyńcze krwinki, 0,5‰ białka. Badanie krwi na zimnicę — ujemne. Cystosko-



Rys. 9.

powo: pojemność pęcherza do 100 cm, ujście lewe obrzęknięte, wciągnięte, lewa połowa pęcherza zaczerwieniona, przy próbie barwikowej lewa nerka nic nie wydziela. Wynik pyelografii wstępującej przedstawia rentgenogram (rys. 9). Na tej podstawie rozpoznano roponercze (gruźlica nerki?). Wykonano nefrektomię, która była technicznie trudna (z wycięciem XII żebra), gdyż nerka była bardzo duża: zawierała około 1½ litra ropy, którą w czasie zabiegu aspirowano. Torebka tłuszczowa była sklerotyczna, a szypuła naczyniowa krótka; podwiązki nałożone na króciutki kikut tuż koło aorty spełzły, ale podwiązano go ponownie. Przebieg pooperacyjny gładki. Badanie histologiczne wyjętej nerki wykazało gruźlicę nerki (ogniska zserowacenia, gruzełki). Odczyn citocholowy wykonany u chorego po zabiegu wypadł wybitnie dodatnio.

Dyskusja:

Dr Sokołowski: Spełznięcie podwiązki z szypuły naczyniowej podczas zabiegu na nerce patologicznej nie daje zwykle groźnego krwawienia wobec upośledzenia drożności naczyń.

Doc. J. Rutkowski:

Przypadek wynicowania pęcherza moczowego, operowany odmianą sposobu Coffeya.

(streszczenie własne)

Przypadek dotyczy 11-letniego chłopca, pochodzącego z rodziny zdrowej i mającego troje prawidłowo rozwiniętego rodzeństwa. Podczas badania wstępnego w dolnej części brzucha widoczna była żywo czerwona śluzówka pęcherza moczowego o średnicy 4 cm., a na niej dające się odnaleźć ujścia obu moczowodów (rys. 10), z których wydobywał się mocz, zalewający najbliższe otoczenie i uda. Oprócz wynicowania pęcherza stwierdzono wierzchniactwo całkowite (epispadiasis totalis) i niezupełne zstąpienie obu jąder (cryptorchismus inguinalis bilateralis). Na zdjęciu rentgenowskim widoczny jest duży rozstęp pomiędzy obu kośćmi łonowymi (brak spojenia łonowego). Badanie moczu zebranego za pomocą cewników moczowodowych z obu nerek, jak również badanie czynnościowe i zdjęcie kontrastowe (rys. 11) nie wykazują odchyleń od normy. Chłopiec stale nosi zbiornik gumowy, który jednak nie zabezpiecza go przed ustawicznym zalewaniem się moczem, co jest niezmiernie przykre i nieznośne zarówno dla pacjenta, jak i dla otoczenia.

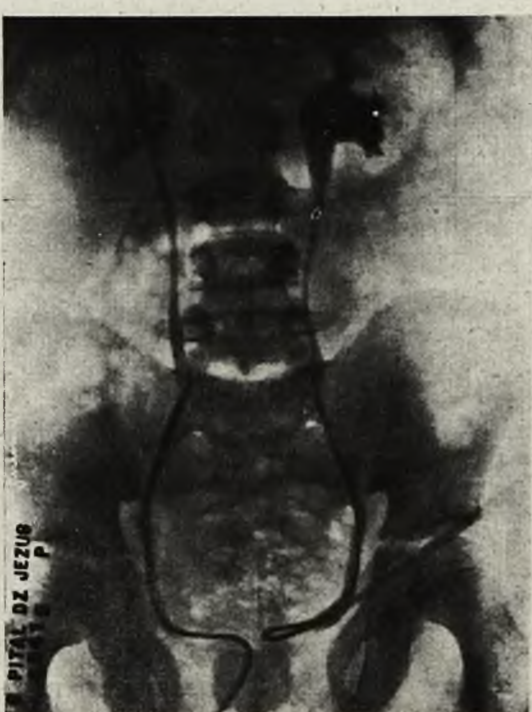
Chłopiec przybył na oddział 10 lipca rb. i został poddany kolejno trzem zabiegom operacyj-



Rys. 10.

nym: 1) przeszczepienie prawego moczowodu do kątnicy (20.VII), 2) przeszczepienie lewego moczowodu do esicy (1.VIII) i 3) wycięcie resztek śluzówki wynicowanego pęcherza moczowego. Wszystkie trzy zabiegi nie pociągnęły za sobą żadnych powikłań, chory zniósł je dobrze.

Właściwości techniki, różnej od sposobu *Coffeya*, polegały na tym, że moczowody przeszczepiono łącznie z częścią ściany pęcherza moczowego, wszczepiono je skośnie, jednak nie pomiędzy mięśniówkę i śluzówkę jelita, jak to robi *Coffey*, a po prostu posiłkując się techniką, naśladującą założenie przetoki żołądkowej wg.



Rys. 11.

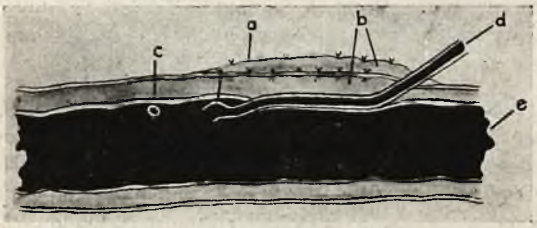
Witzel'a. Na kątnicy wykorzystano otwór po odcięciu wyrostka robaczkowego. Najpierw, po wprowadzeniu cewnika moczowodowego, odsłonięto zaotrzewnowo moczowód, uruchomiono go przez wycięcie przylegającej do ujścia części ściany pęcherza moczowego, następnie przez mały otwór w otrzewnej wyciągnięto jelito grube, w które przeszczepiono moczowód, jelito wszyto do brzegów otrzewnej i ranę, po zwężeniu jej, sączkowano. Chory czuje się po zabiegach bardzo dobrze, nie wykazuje żadnych zaburzeń ani ze strony układu moczowego (urografia dożylna prawidłowa, mocznik 55 mg.), ani przewodu pokarmowego: miewa 1 — 2 wypróżnień dziennie, mocz oddaje przez odbytnicę 2 — 3 razy dziennie, noc ma spokojną.

Istnieje wiele sposobów, mających na celu usunięcie ciężkiego kalectwa, jakim jest wynicowanie pęcherza. Najidealniejszym byłby sposób przywracający stosunki prawidłowe przez odbudowę pęcherza i cewki (*Rydygier* i inni), jednak żaden z tych sposobów nie daje dowolnego trzymania moczu. Wytworzenie oddzielnego aseptycznego zbiornika z wydzielonej części jelita cienkiego i wszczepienie jej w zwieracz odbytu, a następnie wszczepienie do tego nowowytworzonego pęcherza moczowodów (sposób *Cuneo*) bardzo zbliża się do ideału, gdyż z jednej strony daje trzymanie moczu, z drugiej zaś, dzięki oddzieleniu od pozostałej części przewodu pokarmowego, nie naraża nerek na niebezpieczeństwo zakażenia wstępującego. Jest to jednak zabieg bardzo skomplikowany, ciężki i nie zawsze dający pomyślny wynik. Udał się on *Kielkiewiczowi*, który na XVIII Zjeździe Chirurgów Polskich w r. 1921 w Warszawie przedstawił 44-letniego chorego, któremu przed 9-ciu laty wykonał podobny zabieg z powodu wynicowania pęcherza moczowego. Chory *Kielkiewicza* utrzymywał mocz przez 2½ godz., pojemność nowego pęcherza wynosiła 250 cm³, podczas snu jednak utrzymywał mocz niedostatecznie („niekiedy jednak prześpi suchy kilka godzin").

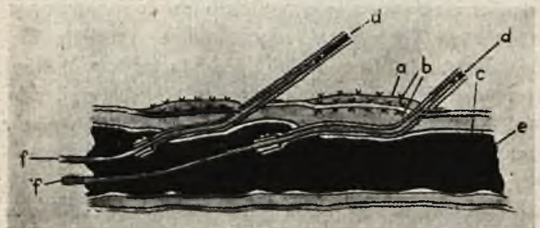
Makkas wyrzeka się trzymania moczu, wyłączając kątnicę i zakładając przetokę moczową przez wyrostek robaczkowy.

Maydl (1892) zapoczątkował typ zabiegu, polegający na skierowaniu moczu do jelita grubego. Ażeby nie dopuścić do zakażenia wstępującego nerek, wszczepiał on moczowody łącznie z trójkątem Lieutauda do esicy. Zabieg *Maydla* nie zawsze zapobiegał zakażeniu wstępującemu i okazał się niebezpiecznym ze względu na szereg powikłań (zapalenie otrzewnej, utrata krwi, następstwa długotrwałego uśpienia). Przeszczepienie moczowodów do dolnego odcinka esicy, ale nie sposobem *Maydla*, wykonał w Polsce z wynikiem dobrym z powodu wrodzonego nietrzymania moczu *Leśniowski* (1927).

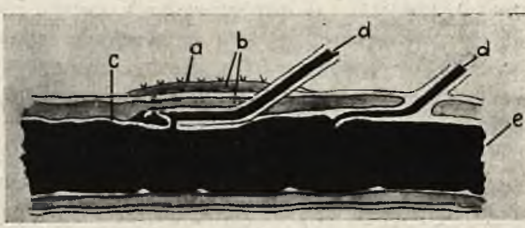
Coffey (1928) opracował sposób skośnego przeszczepiania moczowodów do jelita grubego, naśladujący naturę. Sposób ten (w trzech odmianach)[1] (rys. 12 a, b, c.) polega na tym, że moczowody wczepia się pomiędzy mięśniówkę i śluzówkę jelita, przez co zapobiega się wstecznemu



Rys. 12a. Trzy odmiany sposobu Coffeya wszczepienia moczowodów do jelita grubego: Sposób 1. Moczowód zostaje wszczepiony pomiędzy mięśniówkę i śluzówkę, koniec moczowodu swobodnie sterczy w świetle jelita.

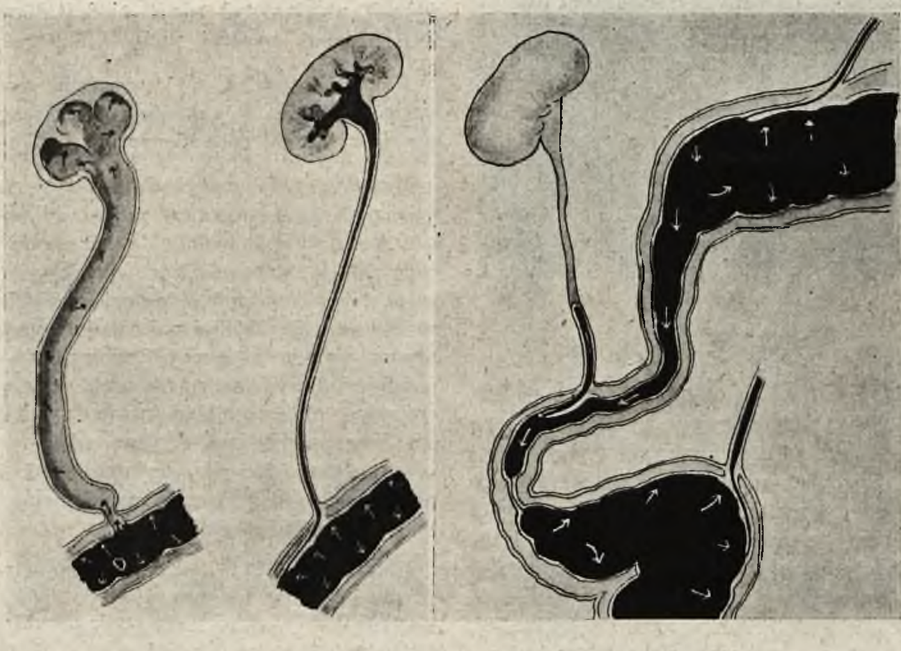


Rys. 12b. Sposób 2. Moczowody zostają wszczepione jeden ponad drugim do dolnego odcinka esicy, jak w sposobie 1, z tą tylko różnicą, że na czas zdrowienia znajdują się w nich cewniki moczowodowe, które z jednej strony, odprowadzając mocz nie do jelita, lecz przez odbyt na zewnątrz, zabezpieczają świeżo nałożone na jelito szwy, z drugiej zaś strony utrudniają powstanie zakażenia wstępującego nerek.



Rys. 12c. Sposób 3. Dokładne zespolenie moczowodu z jelitem, bez otwierania światła jelita za pomocą szwu z jedwabiu lub silku przekłuwającego jednocześnie ścianę moczowodu i śluzówkę jelita (szew transfiksyjny). Szew taki odpada do światła jelita po 24 — 48 godz.; w ten sposób wytwarza się zespolenie najbardziej zbliżone do naturalnego i najbardziej zabezpieczające nerki przed zakażeniem wstępującym. Wszczepiony moczowód biegnie, jak w sposobie 1 i 2, pomiędzy mięśniówką i śluzówką jelita.

prądowi zakaźnej treści jelita grubego do moczowodów i nerek (rys. 13). Sposobem tym operowali u nas *Laskownicki* (1931), *Trawiński* (1934), *T. Ostrowski* i *Dobrzaniecki* (1935) oraz *Jurasz* (1935). W ostatnich czasach *T. Ostrowski* i *W. Dobrzaniecki* wysunęli szereg zastrzeżeń w stosunku do sposobu *Coffeya.* Doszli oni do wniosku, że często nawet skośne wszczepienie moczowodu zawodzi i kończy się rozszerzeniem górnych dróg moczowych i ich zakażeniem.



Rys. 13. a) Moczowód wszczepiony prostopadle do jelita. Mechanizm zastawkowy nie działa, w następstwie zakażenie wstępujące i rozszerzenie górnych dróg moczowych. b) Skośne wszczepienie moczowodu sposobem Coffeya; warunki zbliżone do fizjologicznych. c) Wszczepienie moczowodu do jelita sposobem Coffeya: ssące działanie na moczowód podczas ruchu robaczkowego jelita.

Dyskusja:

Doc. Szerszyński: Z nazwiskiem *Coffey'a* związany jest sposób wszczepiania moczowodu, a nie leczenia wynicowania pęcherza. Wycięcie wyrostka robaczkowego podczas tego zabiegu jest prawidłem ogólnie przyjętym. *Sz.* ma duże zastrzeżenia co do wartości metody — połączenie moczowodu z jelitem musi narazić nerki na zakażenie wstępujące. Zabieg jest ciężki i trudny, a rokowanie niepomyślne. *Marion* zakłada przetoki skórne, które łatwo jest połączyć ze zbiornikiem, a zabieg ten zapewnia dłuższe życie.

Doc. Rutkowski: Na założenie przetok skórnych rodzina chorego nie zgodziła się, zresztą i ten zabieg nie zabezpiecza bezwzględnie od zakażenia wstępującego.

Dr M. Stefanowski:

Przypadek kamienia moczowodowego.

Chory lat 67; dolegliwości rozpoczęły się przed 6 tygodniami: bóle w lew. podżebrzu, promieniujące ku cewce, ból w cewce przy oddawaniu moczu, wzniesienia ciepłoty co kilka dni. To samo miał w ciągu miesiąca przed 2 laty, ale bolesność istniała tylko w podżebrzu. Przed 7 laty usunięto duży kamień z pęcherza i wykonano prostatektomię.

Badaniem stwierdzono w lewym podżebrzu guz (nerka), sięgający do linii pępkowej, chełbocący. Ropomocz (40 — 50), nieco erytrocytów. Cystoskopia okazała się niewykonalna z powodu zwężenia cewki po wycięciu sterczu. Urografia dożylna: prawostronnie stosunki prawidłowe, po stronie lewej w miednicy małej cień sporego kamienia (rys. 14). Zabieg operacyjny: cięcie wzdłuż lewego talerza biodrowego na moczowód; kamień w moczowodzie z łatwością przemieszczał się w górę i w dół w zależności od ułożenia chorego (Trendelenburg). Po nacięciu moczowodu kamień wydobyto. Przebieg pooperacyjny gładki, bez podniesienia ciepłoty, drobna przetoczka ropno-moczowa. Guz w podżebrzu lewym znikł. Urografia dożylna: po 5 min. po stronie lewej zarysowuje się jamka kontrastowa, po 20 min. — duża jama skontrastowana. Obecnie dąży się do przezwyciężenia przeszkody w cewce, aby umożliwić wprowadzenie cewnika na stałe do miedniczki lewej, ewentualnie wchodzić może w grę nefrektomia.

H. Ciszkiewicz.



Rys. 14.

KRONIKA

MIANOWANIA.

Kierownik II Kliniki Chir. U. J. P. w Warszawie, doc. dr *A. Wojciechowski,* został mianowany profesorem nadzwyczajnym chirurgii.

W związku z przekroczeniem granicy wieku prof. dr *M. Rutkowski* ustąpił ze stanowiska kierownika Kliniki chir. U. J. w Krakowie. Na stanowisko to został powołany prof. dr *J. Glatzel,* prymariusz oddziału chir. Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

NOWY SZPITAL.

Dnia 18.IX 37 odbyła się uroczystość otwarcia nowego gmachu 4. Szpitala Okręgowego w Łodzi i nadania mu imienia gen. dyw. dra F. Sławoj-Składkowskiego.

Otwarcia i odsłonięcia tablicy dokonał II wiceminister Spraw Wojskowych, gen. inż. Litwinowicz, po czym przemawiali: gen. Langner, Dca O. K. IV i gen. dr S. Rouppert, Szef Wojskowej Służby Zdrowia.

Szczegółowe sprawozdanie zamieścimy w następnym numerze.